1924 Fasc. 52

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Diretta dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Vol. XXXI — Anno 1924

ROMA

N. 14 – Via Sistina – N. 14

—

1924

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per il 1924

Agostini prof. Cesare - Perugia.
Agostini dott. Marcello - Roma.
Alessandri prof. Roberto - Roma.
Alessandrini dott. Alessandro - Roma.
Alessandrini prof. Paolo - Roma.
Alzona dott. Federico - Bologna
Amodei dott. P. - Napoli.
Aquilanti dott. Giuseppe - S. Marino.
Arata dott. Guido - Pisa.
Arena prof. Guido Napoli.
Armuzzi dott. Giuseppe - Bonn a. Rhein (Germania).
Arton dott. Mario - Alessandria.
Artom di Sant'Agnese prof. Valerio - Roma.
Artusi dott. Giuseppe - Cesena.
Ascoli dott. Manfredo - Roma.
Ascoli prof. Maurizio - Catania.
Ascoli prof. Vittorio - Roma.
Bacciehetti dott. Antonio - Padova.
Balboni dott. Tullio Mario - Albano Laziale.
Baggio dott. Gino - Roma.
Baldassari prof. Luigi - Firenze.
Balp dott. Stefano - Torino.
Bani dott. Ugo - Roma.
Barduzzi prof. Domenico - Siena.
Basile prof. Carlo - Roma.
Bastianelli prof. Pietro - San Giovanni Valdarno.
Bellussi prof. Angelo - Roma.
Bertone dott. Carlo - Venezia.
Bettazzi dott. Gino - Torino.
Bezzi dott. Giovanni - Reggio Emilia.
Bilancioni prof. Guglielmo - Pisa.
Biondi prof. Cesare - Siena.
Borelli dott. Carlo Bologna.
Borgherini-Scarabellin dott. Alessandro (jun.) - Prasomaso.
Borgherini-Scarabellin dott. Alessandro (sen.) - Sondrio.
Bosellini prof. Pier Luigi - Roma.
Brancati prof. Raffaele - Roma.
Brisotto dott. Piero - Roma.
Brotzu dott. Giuseppe - Bologna.
Bruni dott. Enrico - Roma.
Buscemi prof. Antonino - Catania.
Businco dott. Ottavio - Cagliari.
Bussa-Lay dott. Enrico - Asmara.
Caccuri dott. Scipione - Napoli.
Cairo dott. Gaetano - Codogno.
Campani prof. Arturo - Brescia.
Canaperia dott. Giovanni - Torino.
Capogrossi prof. Achille - Camerino.
Cappelli dott. Luigi - Roma.
Caradonna dott. Egisto - Barco.
Carbonaro dott. Giuseppe - Messina.
Carpi dott. Umberto - Milano.
Carusi dott. Renzo - Roma.
Casarini prof. Arturo - Roma.
Caserta dott. Angelo - Napoli.
Cassuto prof. Augusto - Roma.
Castagna dott. Pietrino - Anticoli.
Castaldi prof. Luigi - Firenze.
Cavina-Pratesi dott. Francesco - Marradi.
Celiberti dott. Alfredo - Roma. 1619.
Cenerelli dott. Carlo - Osimo.
Ceresoli dott. Adriano - Milano.
Cervini dott. Alfonso Piacenza.
Chiasserini prof. Angelo - Roma.
Chierigo dott. - Bergamo.
Chiola dott. Gaetano - Imola.
Chistoni prof. Alfredo - Napoli.
Ciaprini dott. Gino - Aquila.
Cicardi dott. Ferruccio - Maleo.
Cimino prof. Tebaldo - Palermo.
Ciulla prof. Mario - Palermo.
Clemente dott. Domenico - Oliveto Citra.
Coen-Cagli prof. Guglielmo Roma.
Colistro dott. Francesco Salvatore - Roma.
Collina dott. Mario - Roma.
Colombarolli dott. Cesare - Verona.
Colucci dott. Carlo - Roma.
Condorelli dott. Luigi - Roma.
Conti dott. Luigi - Forlì.
Corinaldesi dott. Silvio - Chiari.
Crainz prof. Silvio Vincenzo - Roma.
Curti prof. Eugenio - Brescia.
Dalla Vedova prof. Riccardo - Roma.
De Blasi prof. Dante - Napoli.
De Favento dott. Piero - Trieste.
De Martini dott. Attilio - Genova.
De Napoli prof. Ferdinando - Bologna.
De Paoli dott. Nino - Ancona.
De Toni dott. Giovanni - Alessandria.
Dian dott. Antonio Venezia.
Di Marzio prof. Quirino - Roma.
Dominici prof. Leonardo - Roma.
Doria dott. Raimondo - Roma.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Duner dott. Pietro - Montagnana.
Egidi prof. Guido - Roma.
Enderle dott. Carlo - Roma.
Faberi dott. Mario - Roma.
Fasano prof. Mario - Asti.
Ferrannini prof. Luigi - Napoli.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Finocchiaro De Meo dott. Gaetano - Catania.
Finzi dott. Otello - Chioggia.
Fiorini dott. E. - Verona.
Fronticelli dott. Enrico - Roma.
Frugoni prof. Cesare - Firenze.
Fumarola prof. Gioacchino - Roma.
Gaifami prof. Paolo - Bari.
Galante dott. Ruggero - Bologna.
Galatà dott. Guglielmo - Roma.
Galli prof. Giovanni - Lecco.
Galli dott. Paolo - Faenza.
Genoese prof. Giovanni - Roma.
Gentili prof. Attilio - Pisa.
Gentilucci dott. Giuseppe - Ronciglione.
Ghilardi prof. Francesco - Roma.
Ghilarducci prof. Francesco - Roma.
Ghiron prof. Vittorio - Roma.
Giannatempo dott. Giuseppe - Massa d'Albe.
Giglio dott. Antonino - Sassia.
Gilardi dott. Stefano - Mantova.
Gismondi prof. Alfredo - Sampierdarena.
Giugni prof. Francesco - Lugo.
Grassi prof. Battista - Roma.
Grossi dott. Ennio - Roma.
Guerricchio dott. Antonio - Matera.
Guerrieri dott. Tito - Bologna.
Gussio prof. Sebastiano - Roma.
Ilvento prof. Arcangelo - Roma.
Ingrao dott. Giuseppe E. - Grotte.
Izar prof. Guido - Catania.
Jura dott. Vincenzo - Roma.
Lambri dott. Renato - S. Daniele Ripa.
Lapenna dott. Mario - Roma.
Lattes prof. Leone - Modena.
Laurenti prof. Temistocle - Roma.
Leale dott. Giuseppe - Cuneo.
Locatelli dott. Garibaldi - Belluno.
Lo Presti-Seminerio dott. F. - Messina.
Lucherini dott. Tommaso - Roma.
Lüttichau dott. M. - Forlì.
Maggiore prof. Luigi - Roma.
Magnani dott. Giuseppe - Cervia.
Manginelli prof. Luigi - San Paolo del Brasile.
Manna prof. Arturo - Roma.
Morandi dott Salvatore - Cervia.
Marchesini dott. Rinaldo - Roma.
Marinacci prof. Sertorio - Roma.
Marziani dott. Luigi - Ancona.
Maselli dott. Domenico - Roma.
Masotti dott. Piero - S. Vito al Tagliamento.
Massimi dott. Giuseppe - Roma.
Massini prof. Luigi Carlo - Genova.
Matronola dott. Girolamo - Roma.
Meldolesi dott. Gaetano - Roma.
Micheli prof. Cesare - Roma.
Milani prof. Eugenio - Roma.
Mingazzini dott. Ermanno - Roma.
Mingazzini prof. Giovanni - Roma.
Mino dott. Prospero - Torino.
Modena prof. Gustavo - Ancona.
Monteleone dott. Remo - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Moratti dott. Nello - Reggio Emilia.
Mosna dott. Ettore - Roma.
Mucci dott. Domenico - Modena.
Nicolich dott. Giorgio (jun.) - Trieste.
Nicolich prof. Giorgio (sen.). Trieste.
Nisi dott. Gino - Casale di Pari.
Novi prof. Ivo - Bologna.
Ortali prof. Cesare - Roma.
Ottonello dott. Paolo - Sassari.
Padovani dott. Emilio - Ferrara.
Pantaleoni dott. Pio - Forlì.
Pari prof. Guido Andrea - Padova.
Pasini prof. Agostino - Milano.
Patini dott. Ettore - Roma.
Pediconi prof. Pio - Roma.
Pellacani dott. Giuseppe - Bologna.
Pellicini dott. Ferrante - Ponte a Elsa
Pergola prof. Mazzini - Roma.
Persia dott. Ascenzio - Roma.
Petta dott. Giorgio - Roma.
Piattelli dott. Adriano - Carsoli.
Piccaluga dott. Nino - Pavia.
Piccinini dott. Ugo - Roma.
Piccoli dott. Giovanni - Bari.
Pierangeli dott. Walter - Napoli.
Pietravalle dott. Nicola - Roma.
Piperno prof. Arrigo - Roma.
Pighini prof. Giacomo - Reggio Emilia.
Podestà dott. Gian Battista - Genova.
Palladini dott. Arnaldo - Roma.
Persia dott. Ascenzio - Roma.
Piccinelli dott. Angelo - Roma.
Polleri dott. Pio Mario - Genova.
Pollitzer dott. Renato - Roma.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Porta dott. - Bergamo
Pozzi dott. Arnaldo - Roma.
Prospero prof. Gino - Roma.
Puccioni prof. Giuseppe - Roma.
Puntoni prof. Vittorio - Roma.
Racchiusa dott. Santi - Messina.
Rainaldi dott. Vittorio - Roma.
Rapisardi dott. Salvatore - Roma.
Redi dott. Rodolfo - Siena.
Regoli dott. Giulio - Siena.
Ricart dott. Antonio - Roma.
Ricci dott. Francesco - Pavia.
Ricci dott. Omero - Roma.
Rizzo dott. Raffaele - Rovigo.
Romano dott. Gennaro - Napoli.
Ronzani prof. Enrico - Milano.
Ruata prof. Guido - Roma.
Sabatini prof. Giuseppe - Roma.
Sacchetti dott. Alessandro - Acquacanina.
Sagona dott. Luigi - Caltanissetta.
Salvatori dott. Giuseppe - Roma.
Salvolini dott. Urbano - Ancona.
Samorini dott. Giuseppe - Foligno.
Sampietro prof. Gaetano - Roma.
Sanvitale dott. Salvatore Antonio - Ortona a Mare.
Sartori dott. Domenico - Arco.
Sciaky dott. prof. Enrico - Salonicco.
Sciarra dott. Olinto - Napoli.
Sebastianelli dott. G. - Valdotra.
Sebastiani dott. Antonio - Roma.
Selvaggi avv. Giovanni - Roma.
Sereni dott. Enrico - Roma.
Siciliano prof. Luigi - Firenze.
Silvestri prof. Silvestro - Roma.
Sisto prof. Pietro - Torino.
Stephani dott. J. - Montana (Svizzera).
Stephani dott. Th. - Montana (Svizzera).
Tancredi dott. Giuseppe - Roma.
Tedeschi dott. Carlo - Forlì.
Testi dott. Gino - Roma.
Tizianello dott. Giuseppe - Venezia.
Tomasi dott. Luigi - Udine.
Tomaselli prof. Andrea - Catania.
Tonelli dott. Lanfranco - Roma.
Toti prof. Addeo - Firenze.
Totire-Ippoliti dott. Paolo - Bologna.
Traversa Gaudusio dott. Emanuele Napoli.
Tramonti prof. Ernesto - S. Paolo del Brasile.
Trenti prof. Enrico - Roma.
Trojano dott. Felice - Atessa.
Toscani dott. Alessandro - Giussano.
Valenti prof. Francesco - Catania.
Valentini dott. Agenore - Roma.
Vallardi prof. Carlo - Milano.
Vanni dott. Vittorio - Roma.
Vercalli dott. Ernesto - Reggio Emilia.
Verdina dott. Carlo - Torino.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Venturi dott. Tommaso - Firenze.
Venuti dott. Aldo - Faedis.
Vetta dott. Angelo Vittorio - Chieti.
Viola prof. Francesco - Torino.
Zoli dott. Emilio - Dovia di Predappio.

INDICE GENERALE

Vol. XXXI - 1924

Indice per rubrica

LAVORI ORIGINALI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

NOTE DI TECNICA.

CONTRIBUTI ORIGINALI VARII.

LEZIONI E CONFERENZE.

RIVISTE SINTETICHE E CRITICHE.

COMMENTI, POLEMICHE, RIVENDICAZIONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE E CONGRESSI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

BIOGRAFIE - PROFILI - NECROLOGIE.

CENNI BIBLIOGRAFICI.
NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

Lo sviluppo straordinario assunto dall'Indice mette nella necessità di rinunziare a raccogliere i titoli dei libri recensiti, come era stato fatto in altri anni.

SUNTI E RASSEGNE; APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO; DIVAGAZIONI; AMMINISTRAZIONE E LEGISLAZIONE SANITARIA; POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA; CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE; ATTI PARLAMENTARI; vedi l'*Indice delle materie.*

CONCORSI; NOMINE, PROMOZIONI E ONORIFICENZE; NOTIZIE DIVERSE; vedi alla fine dei singoli fascicoli.

Indice alfabetico delle Materie

A

C

D

E

G

H

I

P

S

U

V

Indice alfabetico degli autori italiani e dei collaboratori

B

C

“Il Policlinico„ Sezione Medica e Sezione Chirurgica

Affinchè i Signori Medici possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nelle nostre *Sezioni Medica* e *Chirurgica*, ne riportiamo l'Indice alfabetico per l'annata 1924:

Sezione Medica del “ POLICLINICO „

RIVISTE SINTETICHE.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Sezione Chirurgica del " POLICLINICO "

LAVORI ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

Roma, 1924 — Off. Tip. Sandron. V. Ascoli, resp.

ANNO XXXI Roma, 7 Gennaio 1924 Fasc. 1

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Per il 1924.

Ai Medici Italiani,

La storia dello sviluppo del nostro periodico nei suoi trenta anni ora compiuti permette di constatare come esso abbia sempre emerso fra le svariate e grandi difficoltà create dai tempi fortunosi.

Il Policlinico, *riflettendo tutta la vita sanitaria italiana, ha risentito di rimando l'influenza della vita politica nazionale, e ne ha percorso le tappe.*

Affermatosi rapidamente, appena sorto, per la rinomanza dei suoi fondatori GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE e per il savio indirizzo clinico da essi impresso, contribuì potentemente nel periodo prebellico al perfezionamento della coltura dei medici ed al rinnovamento delle istituzioni sanitarie allora in evoluzione, mentre si constituì saldamente.

La guerra d'un tratto scompaginò la redazione, e nel contempo sconvolse quel cosmopolitismo che allora si presupponeva fosse la veste indispensabile della scienza; minacciò l'esistenza stessa del nostro giornale così come sospese o troncò la vita di molti altri periodici nostrani e stranieri. **Il Policlinico** *sopravisse; fu anzi l'organo che riunì in un'attività clinica e in una fede i medici sbandati sulla estesa fronte della nostra guerra.*

La vittoria arrise bensì alle nostre armi; ma della vittoria nemici esterni ed interni allontanarono e ridussero i benefici, gettando l'Italia in un dissesto economico e politico, che ne stremò ogni specie d attività fino ad esaurirla. Pure in questa depressione del dopo guerra **Il Policlinico** *proclamò alta e mantenne forte la fiducia nell'avvenire della nostra Italia. Chiamati a raccolta i fidi abbonati, affrontò il dispendio quasi fantastico, e, a prezzo di sacrifizi, conservò la sua fisionomia e la regolarità della pubblicazione.*

Quest'anno di Governo Nazionale, se non ha sminuite le difficoltà economiche, ci ha concesso la sicurezza nel nostro domani. Giunti come alla riva di un mare procelloso ci volgiamo indietro per meglio auspicare dell'avvenire.

L'Italia nuova non ci dà soltanto più larga e sicura coscienza di noi, ma anche più vivo e forte quel sentimento della nazionalità, che sempre ha pervaso l'opera nostra. Traverso le dure prove del passato, amministrative e scientifiche, si è acuito in noi il senso della responsabilità; è cresciuta inoltre, insieme con l'esperienza, la fede nel lavoro perseverante e probo. E, mercè la cooperazione della rinnovata, e meglio indirizzata, attività clinica nostrana, **Il Policlinico** *si è venuto espandendo e affermando ogni anno più.*

Il Policlinico, *da Roma madre, tende le braccia alle antiche come alle provincie redente, a tutti i comuni d'Italia, non legato a scuole, non ligio ad interessi estranei alla scienza, non chiedendo a nessuno dei suoi collaboratori altro che la capacità tecnica e l'onestà scientifica.*

Le due Sezioni, **medica** *e* **chirurgica**, *hanno quasi raddoppiato il numero delle pagine, nei due ultimi anni, per contenere quanto di meglio in materia di clinica si produce in Italia. Il prestigio raggiunto non solo le ha rese palestra ambita dai migliori fra noi; ma le ha accreditate all'estero, in guisa che le memorie ivi pubblicate rapidamente sono accolte in tutto il mondo scientifico.*

Le memorie originali di queste sezioni mensili devono assai più richiamare l'attenzione rispettivamente dei medici e dei chirurgi italiani, perchè, pure nella loro rigorosa documentazione scientifica, hanno carattere eminentemente ed esclusivamente clinico, e perchè nessun pratico s'innalzerà sul livello della mediocrità che non si cimenti con i problemi che la clinica pone e risolve mediante i sussidi delle scienze ausiliarie.

La **Sezione pratica** *settimanale, che è la fedele scorta dei medici italiani d'ogni categoria, non ha tentato con titoli sensazionali o con diuturne metamorfosi di accapararsi la simpatia e la fiducia. Di costituzione organica robusta, ha potuto adattarsi ai tempi nuovi, anzi spesso ne ha prevenute le convenienze e le esigenze, additando le soluzioni dei problemi più vitali. In questo lavoro si è consoli-*

data e temprata la sua individualità; poichè, ferma in un indirizzo clinico positivo, mira a migliorare la cultura dei medici ed insieme a elevare il concetto della loro missione, come il migliore baluardo contro le prevaricazioni altrui, contro le esagerazioni in cui tavolta i medici sono caduti.

Prestando docile orecchio ai desideri ed ai consigli degli abbonati, **Il Policlinico** *ne ha sostenuto con fede e con coscienza gli interessi, ponendo gli interessi generali della classe sopra quelli di singole categorie. Quest'opera di difesa dei medici, sopratutto dei medici condotti, dev'essere ripresa con vigore di fronte ai pericoli che li minacciano in questo periodo. E similmente dobbiamo muovere alla tutela e al perfezionamento di quelle opere di assistenza sociale che le distrette finanziarie e un eccessivo concetto di limitazione delle funzioni degli enti pubblici mettono in pericolo.*

Noi siamo sicuri di interpretare la coscienza e i bisogni dei nostri abbonati, riponendo la sintesi del nostro programma nel contemperare il perfezionamento della esperienza clinica e la premurosa protezione degli interessi dei medici con il culto dell'Italianità.

LA REDAZIONE.

Per il 1924,

Il Policlinico non solo ha resistito alla tormenta della guerra e dell'immediato dopo-guerra, ma si è rafforzato, si è consolidato, si è imposto come nessun altro periodico italiano di medicina, ottenendo ogni anno un nuovo concorso di abbonati e la collaborazione ambita di studiosi di alto valore.

Questo crescente successo premia l'illuminato e fervido lavoro della redazione e la vigile tenacia dell'amministrazione. Esso deve anche attribuirsi all'indipendenza e all'eclettismo che distinguono il nostro periodico.

Le *Sezioni Medica* e *Chirurgica* accolgono in prevalenza le memorie di lena, che onorano gli studi e che promuovono le più stabili conquiste della medicina. L'amministrazione, vincendo gravissime difficoltà, è riuscita ad assegnare ai fascicoli di queste due Sezioni un numero di pagine che supera ogni legittima aspettazione degli abbonati, ed a corredarli di splendide figure e ricche tavole. Nessun altro periodico offre tanto materiale a così buon mercato, a parte il valore intrinseco indiscusso: ove s'istituiscano raffronti, si deve riconoscere che, a parità di mole e di materiale stampato, le due Sezioni vengono a costare **meno della metà** di qualsiasi altro archivio italiano di medicina! Si tratta di un vero *tour de force* dell'industria editoriale, reso possibile dalla diffusione raggiunta dalle due pubblicazioni (*).

La *Sezione Pratica*, che ormai ha conquistato la massima parte del pubblico medico italiano, costituisce un mezzo molto efficace e rapido di diffusione delle nuove conoscenze mediche, un repertorio senza rivali di documentazione e d'informazioni, un organo di tutela dei medici. Essa offre ai suoi lettori un materiale accuratamente selezionato e tende alla concisione ed alla semplicità delle nozioni e dei dati che raccoglie. I servizi di consulenza sono stati sempre più perfezionati, andando incontro a maggiori oneri, ma recando vantaggi sensibili agli abbonati. Per la consulenza medico-legale, affidata ad un competente di alto valore, il sistema della corrispondenza privata fornisce informazioni pronte e tempestive, mentre alleggerisce il periodico di molte colonne di pura casuidica.

La Sezione Pratica risulta di fascicoli densi, nutriti, ricchi di rubriche armonicamente collegate: ogni fascicolo costituisce un tutto organico, nel quale ogni medico trova sempre quanto riesce ad interessarlo. Tutte le volte che la redazione lo stima necessario, l'amministrazione non esita ad aumentare la mole di questi fascicoli. Qual essa è, la Sezione Pratica risponde a tutte le esigenze della pratica. E per questo motivo che la sua diffusione ha superato ogni più ardita nostra speranza.

L'incremento della nostra impresa non ha ridotto le difficoltà e non ha eliminato gli ostacoli, anzi li ha aggravati; ma noi continueremo a lavorare ed a progredire.

Alla vasta moltitudine dei nostri amici, che noi sentiamo crescere intorno a noi, chiediamo che continuino a secondare e confortare la nostra impresa, mantenendo al periodico il loro concorso di abbonati e di collaboratori e adoperandosi affinchè esso penetri in strati sempre più fitti della famiglia medica, per modo che i suoi pregi possano ancora meglio manifestarsi.

Noi confidiamo che s'intensificherà questo prezioso concorso dei nostri amici, nel quale il periodico attingerà una vita sempre più fattiva.

L'AMMINISTRAZIONE.

(*) Infatti per sole L. **45** (prezzo complessivo di queste due nostre Sezioni **per l'Italia**, se assunte in abbonamento cumulativo con la Pratica) l'Amministrazione provvede, in un anno, oltre 1300 pagine; mentre chi assume con la Sezione Pratica la Sezione Medica oppure la Sezione Chirurgica, riceve più di 650 pagine per sole L. **25. L'importanza di tali due nostre Sezioni potrà peraltro essere meglio valutata esaminando i copiosi elenchi di MEMORIE ORIGINALI, di RIVISTE SINTETICO-CRITICHE e di NOTE BIBLIOGRAFICHE che si trovano riportati alle pagine XLII, XLIII e XLIV del fascicolo 52, contenente l'indice generale del 1923: ben 40 MEMORIE, 4 RIVISTE e 3 importanti NOTE BIBLIOGRAFICHE sono comparse nella « SEZIONE MEDICA », mentre 51 MEMORIE e 4 RIVISTE sono state pubblicate nella « SEZIONE CHIRURGICA », durante l'anno 1923.**

ABBONAMENTI AL "POLICLINICO,, PER IL 1924.

	ITALIA	ESTERO
Singoli:		
(1) Alla sola Sezione pratica (settimanale)	Lire **50**	Lire **80**
(1a) Alla sola Sezione medica (mensile)	Lire **35**	Lire **45**
(1b) Alla sola Sezione chirurgica (mensile)	Lire **35**	Lire **45**
Cumulativi:		
(2) Alle due Sezioni (pratica e medica)	Lire **75**	Lire **115**
(3) Alle due Sezioni (pratica e chirurgica)	Lire **75**	Lire **115**
(4) Alle tre Sezioni (pratica, medica e chirurgica)	Lire **95**	Lire **135**

L'abbonamento è impegnativo per tutto l'anno, ma può essere pagato in due rate semestrali anticipate.

Per l'abbonamento cumulativo con l'altro nostro periodico « Cuore e Vasi » vedere a pag. 39.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI.

Sulla diversa agglutinabilità degli stipiti di B. tifico e sua importanza nella sierodiagnosi

del prof. DANTE DE BLASI, direttore.

Nella comune diffusissima pratica delle sierodiagnosi non tutti tengono forse abbastanza conto di una delle condizioni necessarie perchè i responsi siano attendibili, cioè della buona agglutinabilità dello stipite che si adopera; e voglio accennare non solo al carattere di specificità, ma anche e principalmente alla *capacità di rivelare il maggior numero di tifosi.*

È difficile che uno stipite di B. tifico si faccia agglutinare da sieri che non contengano tifoagglutinine, vale a dire che non sia specificamente agglutinabile: ciò che invece è stato osservato per alcuni stipiti di M. melitense, i quali per conseguenza vanno scartati dalla pratica corrente, quando non si trovi il modo di correggerli. Per il B. tifico, al contrario, può talora accadere che, dopo essersi per lungo tempo dimostrato agglutinabile, tanto da non dar mai luogo a contraddizioni fra i responsi del laboratorio e gli accertamenti clinici, divenga poi del tutto inagglutinabile, quindi non più atto all'uso delle sierodiagnosi, salvo che non si ripristini con opportuni espedienti la scomparsa proprietà.

Ma l'agglutinabilità di un dato stipite, qual che sia la ragione della sua scomparsa, va perduta di botto, o gradatamente? La questione non è oziosa: scientificamente essa si ricollega al problema delle mutazioni, di cui parecchi esempi sono stati raccolti nel campo della batteriologia, dopo gli studi fondamentali di De Vries; praticamente equivale a quest'altra questione, se cioè esistano solo stipiti bene agglutinabili e stipiti inagglutinabili, oppure se fra i due estremi s'incontrino stipiti agglutinabili in diverso grado.

Ricordo che nell'autunno di circa quattro anni fa, quando negli ospedali di Roma si ebbe un numero di tifosi non di poco superiore alla media annuale, spesso i medici ebbero a lamentarsi della eccessiva frequenza di sierodiagnosi negative. In casi conclamati di tifo, durante la 2ª, 3ª e 4ª settimana, il siero dei malati troppo spesso dava resultati negativi dell'agglutinazione, tanto sul B. di Eberth, quanto sui bacilli paratifici. Gli uomini di laboratorio, constatando che vi era pur sempre un certo numero di sierodiagnosi positive, sentivano di non potere incolpare le proprie colture, ed affermavano che, se esse lasciavansi agglutinare da alcuni sieri tifosi, e da molti altri no, ciò dipendeva dalla mancanza di potere agglutinante in questi ultimi. I me-

dici ribattevano che, accettando siffatta ipotesi, conveniva ammettere che fosse avvenuta una specie di rivoluzione nella patologia e serologia del tifo.

La questione, così come è posta nel dibattito accennato, nasconde un presupposto: che uno stipite eberthiano o sia, o non sia agglutinabile, senza termini di mezzo.

Tale presupposto non era confortato da alcuna prova: io mi dimostrai verso alcuni colleghi poco propenso ad ammetterlo, parendomi più probabile che diversi stipiti avessero diverso grado di agglutinabilità. Questo fu lo spunto delle ricerche di cui è oggetto questa nota.

Anzi tutto occorre stabilire che cosa deve intendersi per maggiore o minore agglutinabilità: la *maggiore o minore intensità di agglutinazione* cui dànno luogo diversi stipiti sottoposti all'azione di un medesimo siero? oppure il *maggiore o minor numero di casi certi di tifo rivelati* dai diversi stipiti? Dal punto di vista pratico, evidentemente è il secondo criterio che ha importanza; scientificamente, l'un criterio non può andare disgiunto dall'altro.

Per chiarire la questione ho adoperato sette stipiti di B. di Eberth, da me isolati 13 anni fa in occasione di un'epidemia di tifo (1), e conservati in laboratorio per trapianti mensili; uno stipite isolato nel 1907 dall'urina di una convalescente di tifo; un altro isolato nel 1912 dal pus di una peritonite saccata, sviluppatasi in un tifoso durante sette mesi dopo la convalescenza, ed operata dal prof. Marino; e finalmente uno stipite dell'Istituto d'Igiene, di non accertata provenienza. In tutto, 10 stipiti.

Mi procurai nove sieri di malati di tifo, clinicamente già bene accertati; e feci *contemporaneamente* le prove di agglutinazione, adoperando sospensioni omogenee e di uguale opacità, di patine di agarcolture di 24 ore in soluzione fisiologica. Usai per tutti i sieri la unica diluzione di 50, che è quella adoperata comunemente nei laboratori per le sierodiagnosi: la necessità di eseguire prove contemporanee, senza di che i resultati avrebbero perduto di valore, ed il conseguente carattere ingombrante del lavoro, mi fecero rinunziare all'uso di maggiori diluizioni. Le quali, del resto, avrebbero messo in luce qualche altro particolare, ma nulla avrebbero aggiunto alla conclusione pratica delle ricerche.

I resultati ottenuti sono disposti nel seguente specchio, che può essere letto come una tavola pitagorica. Lungo le linee orizzontali sono indicati i resultati relativi all'azione di ciascuno dei nove sieri sopra uno degli stipiti; lungo le colonne quelli relativi al comportamento di ciascuno dei dieci stipiti rispetto ad uno dei sieri esaminati; la 10ª colonna è riservata ai controlli delle dieci sospensioni batteriche. Il segno + + + vuol dire agglutinazione con precipitazione completa; + + con precipitazione parziale; + senza precipitazione; + agglutinazione evidente all'occhio armato di una lente a mano; — mancanza del fenomeno.

NUMERO D'ORDINE DEI SIERI.

Stipiti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Controlli
Alb. 1 . .	+	+	±	±	—	—	—	+++	+++	—
„ 2 . .	+++	+++	+++	+++	—	—	+++	+++	+++	—
„ 3 . .	+	+	+	+	—	—	+	+	++	—
„ 4 . .	++	++	++	++	—	—	++	++	±	—
„ 5 . .	+++	+++	+++	+++	—	—	+++	+++	++	—
„ 6 . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ 7 . .	+++	+++	+++	+++	—	—	+++	+++	±	—
Ur. 8 . .	+++	+++	+++	+++	—	++	+++	+++	++	—
Per. 9 . .	+++	+++	+++	+++	—	+++	+++	+++	+++	—
Ist. 10 . .	+++	+++	+++	+++	—	+++	+++	+++	++	—

Dalla tabella risulta quanto segue:

Il siero N. 5 non ha agglutinato nessuno stipite: esso certamente non conteneva ancora agglutinine (prelevamento relativamente precoce).

I sieri 1-4, 8 e 9 hanno più o meno agglutinato tutti gli stipiti: i sieri 3 e 4 non hanno dato agglutinazione visibile ad occhio nudo, solo con lo stipite N. 1.

Nessuno degli stipiti 1-7 è stato agglutinato

(1) DE BLASI. *Ricerche batteriologiche nell'attuale epidemia di Albano Laziale.* Policlinico, Sez. prat., 1910.

dal siero N. 6, che pure conteneva sufficienti agglutinine, come appare dalla sua azione sugli stipiti 8-10. Lo stipite 1 non è stato agglutinato neppure dal siero 7, e coi sieri 3 e 4 non ha dato agglutinazione visibile ad occhio nudo, il che vale anche per gli stipiti 4 e 7 di fronte al siero 9.

Gli stipiti 8, 9, 10 sono quelli che non hanno fallito con nessun siero, e che hanno dato in ogni caso agglutinazione evidentissima ad occhio nudo.

Lo stipite 6 non si è fatto agglutinare da nessun siero: dovrebbe dunque dirsi un vero stipite inagglutinabile, e tale è di fatto praticamente. Ma, dal lato scientifico importa aggiungere che esso non è del tutto inagglutinabile, perchè saggiato con un siero antitifico di coniglio, dal titolo 2000, si è agglutinato fino alla diluzione di 150.

Riassumendo, gli stipiti esaminati si possono così raggruppare, secondo il grado della loro sensibilità:

1. Stipiti 8, 9, 10: *ottimi*, perchè rivelano *tutti i sieri* tifosi e dànno con tutti una *reazione intensa;*
2. Stipiti 2 e 5, che hanno mancato di rivelare il siero 6, ma con tutti gli altri sieri hanno dato reazione intensa;
3. Stipiti 4 e 7, che oltre a fallire rispetto al siero 6, non hanno dato agglutinazione visibile ad occhio nudo col siero 9;
4. Stipite 3, che, se ha rivelato tutti i sieri, tranne il 6, ha dato sempre reazione poco intensa, in ogni modo però manifesta ad occhio nudo;
5. Stipite 1, che ha dato solo con 4 degli 8 sieri attivi un'agglutinazione visibile ad occhio nudo;
6. Stipite 6, del tutto insensibile ad ogni siero.

Si può dunque conchiudere che *non tutti gli stipiti specificamente agglutinabili di B. tifico possiedono il medesimo grado di sensibilità verso i sieri tifosi;* che alcuni sono capaci di svelare un maggior numero di casi rispetto ad altri e che qualcuno è del tutto o quasi insensibile. Da ciò la necessità che gli stipiti in uso per le sierodiagnosi presso i pubblici laboratori di accertamenti diagnostici siano verificati ogni tanto nella loro agglutinabilità, *non solo con immunsieri ad alto titolo agglutinante, ma, e sopra tutto, con parecchi sieri provenienti da tifosi clinicamente accertati;* e che agli stipiti riconosciuti meno adatti si faccia recuperare una perfetta agglutinabilità coi mezzi che si conoscono a tal fine efficaci.

NOTE E CONTRIBUTI.

CLINICA OTOIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. G. FERRERI.

Sulla questione della recidiva delle tonsille dopo la loro asportazione.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI, aiuto (1).

Si tratta di un problema importante, che comprende anche molte questioni di patologia generale; sono indotto a parlarne, movendo da un caso di grande interesse per alcuni rilievi che non erano finora stati fatti.

Anzitutto bisogna delimitare il nostro argomento; qui voglio accennare soltanto al riprodursi di un corpo tonsillare, che talora supera per volume il primitivo, dopo accurata asportazione di una tonsilla ipertrofica o cronicamente infiammata, asportazione fatta — come pratico da anni — con il *morcellement* metodico, raggiungendo la capsula tonsillare, allontanando ogni più piccolo frammento di tessuto linfoide. Rimane soltanto, spesso, un piccolo tratto di tal tessuto in corrispondenza del polo inferiore della tonsilla, che persiste solido e di modestissimo volume, così che può solo scorgersi deprimendo fortemente la lingua.

Noi qui tralasciamo quella *recidiva apparente*, in quanto è data dal ripristino di un corpo tonsillare, perchè asportato incompletamente per errore di tecnica, per negligenza, per metodo scorretto.

La recidiva vera, dopo amigdalectomia completa, è rara; non credo si possa sottoscrivere pienamente a quanto afferma Kleestadt il quale dice che esaminando gli operati di tonsillectomia ha potuto *spesso* osservare la riproduzione di tessuto linfoide nella loggia tonsillare evacuata.

Ritengo più rispondente a verità quanto asserisce Dutheillet de La Motte, di avere cioè asportato con il suo metodo di dissezione circa 1000 tonsille e di non avere avuto che due sole recidive; in un ragazzo di 8 anni e in un altro di 16. In ambedue i casi si trattava di un errore durante l'intervento (2).

La proporzione osservata da me è la stessa.

Ed ecco il caso che desidero illustrarvi. Nell'aprile u. s. si è ripresentata una bambina di 10 anni, A. L., perchè al dire dei genitori si

(1) Comunicazione al XX Congresso della Società Italiana di Laringologia ecc., tenuto in Bologna, l'8-10 ottobre 1923.

(2) *Contribution à l'étude de la chirurgie de l'amygdale palatine*. (Journ. de chir., XVIII, 1921, n. 4).

erano apparsi rapidamente i disturbi seguenti: difficoltà di respirazione nasale, respiro stertoroso e difficile nel sonno, che era agitato e di frequente interrotto, voce nasale, modica disfagia. La bambina era anche impallidita e un po' torpida; tali disturbi erano andati aumentando in modo rapido dopo una leggera forma influenzale delle prime vie respiratorie. Essa era stata da me operata all'età di 3 anni 1/2 di asportazione delle tonsille palatine e delle voluminose vegetazioni adenoidi; ed era stata, dopo tale intervento, benissimo. Aveva fatto ogni anno qualche cura iodica-arsenicale e con la permanenza al mare e in collina aveva corretto in parte lo stato linfatico costituzionale derivatole dalla madre. Dal lato paterno vi è una tara tubercolare.

La bambina è ben sviluppata in rapporto alla sua età; la cute rosea, viso un po' tumido, mucose visibili piuttosto pallide. Non glandole alle regioni sottomascellari, al collo e nelle altre sedi. Presenta una respirazione boccale netta. L'esame delle fosse nasali le mostra libere d'ambo i lati; a sinistra nell'atto del deglutire si vede in corrispondenza della faringe una massa subsferica mobile.

All'ispezione della faringe si osserva un enorme corpo tonsillare che occupa la loggia di sinistra, che supera la linea mediana di oltre un cm. e si porta in alto dietro il velo pendulo. Ha la forma di una voluminosa tonsilla ipertrofica, profondamente incisa da solchi e da cripte, di colorito grigio-roseo, di consistenza duro-elastica.

Non ipertrofia della tonsilla linguale; nessuna traccia di vegetazioni adenoidi. La loggia tonsillare di destra è perfettamente libera, come era apparsa d'altronde la sinistra, nei ripetuti esami fatti alla bambina di tempo in tempo.

Non nascosi alla famiglia (dato il fatto bene accertato che la tumefazione era avvenuta entro il termine di circa 4 settimane) qualche preoccupazione, per un eventuale tumore a carico di un residuo linfatico della loggia tonsillare; e desiderai rivedere la bambina con il medico curante, il prof. Tullio Luzzatti. L'esame clinico generale non diede alcun rilievo a carico degli organi interni: apparato respiratorio integro. Anche la milza non era ingrandita. Questo reperto fu controllato con la radioscopia, la quale non mostrò aumenti abnormi delle glandole ilàri e peribronchiali.

Dal prof. Mario Levi Della Vida fu eseguita una R. W., negativa; dall'esame dei preparati di sangue, colorati col metodo di Giemsa, risultò l'assenza di alterazioni regressive, nè la presenza di forme rigenerative, normali o abnormi, degli eritrociti. Non presenza di ematozoi.

La determinazione della formula leucocitaria dimostrò *un notevole aumento percentuale dei linfociti e degli eosinofili*, e corrispondentemente diminuiti i neutrofili. Normale era la percentuale dei grandi mononucleati. Non si videro forme immature della serie dei globuli bianchi.

Polinucleati eosinofili . . .	= 13,6 %
» neutrofili . .	= 28,8 %
Linfociti	= 52 %
Grandi mononucleati . . .	= 5,6 %

La cospicua eosinofilia indusse anche a eseguire un esame delle feci; ma non si trovarono tracce di elminti.

Nel contempo eseguii una biopsia della tonsilla voluminosa all'esame istologico si ebbe il quadro di una comune tonsilla ipertrofica, con i cumuli linfatici (centri germinativi) ben delineati, lo stroma connettivale ricco di vasi; l'epitelio di superfice molto ricco, che segue le insenature e le cripte. In qualche punto l'epitelio sembra perdere quella linea regolare e continua, ma nessun carattere autorizza a sospettare un tumore.

Dopo ciò si è proceduto all'ablazione totale della tonsilla e non si è avuto a notare alcun postumo, nè locale nè generale. La bambina è stata al mare e si è ristabilita completamente.

Questo caso presenta vari punti importanti. Innanzi tutto di aver potuto seguire la malata nel periodo di molti anni, dalla fase dell'adenoidismo tipico a quella del benessere durato per parecchi anni, a quella di una recidiva tonsillare tardiva, che ebbe stimolo da una leggera infiammazione catarrale delle prime vie respiratorie.

L'altro punto si è il risultato dell'esame del sangue, che — a quanto sappiamo — non è stato mai fatto nei casi descritti di recidiva delle tonsille. Notevole la cifra degli eosinofili e dei linfociti. L'aumento dei primi va unito in generale ad un aumento dei neutrofili; mentre qui gli ultimi erano in relativa minoranza.

Un aumento dei secondi è indizio d'aumentata attività linfocitogena negli organi linfatici (linfocitosi funzionale) e di solito si manifesta in alcune malattie di questi organi.

L'assenza di glandole linfatiche ingrossate faceva escludere si trattasse di una di quelle forme, ancora mal definite, di linfoadenie, di linfomi sistemici, di morbo di Hodgkin più o meno puro, in cui v'è alterazione del sangue e degli organi linfatici.

Un ultimo punto è dato dal ricostituirsi di un corpo tonsillare differenziato in tutti i suoi elementi, dall'epitelio di rivestimento ai follicoli linfatici. Come la tonsilla si era riformata microscopicamente eguale a una tonsilla usuale, così anche al microscopio si vede, non un cumulo di cellule o elementi linfoidi disposti senza un disegno o una trama morfologica, come nel linfoma; ma un vero *organo* riprodotto interamente.

Non è il caso di entrare nella questione della riproduzione degli organi; ma dobbiamo ricordare che nelle tonsille, tanto facili ad infiammarsi, talora periodicamente, avvengono di continuo dei fenomeni distruttivi e di riparazione. Gli esiti delle infiammazioni acute possono venire raggruppati, secondo Aschoff, come segue:

1) L'infiammazione acuta può finire con una completa *reintegrazione* o *restitutio* in seguito alla rimozione o al *riassorbimento* delle parti di tessuto distrutte e dei prodotti infiammatori e al rinnovarsi del tessuto perduto (*Regeneratio*). I fenomeni che corrispondono a tali processi non sono d'ordine infiammatorio, ma processi di guarigione.

2) Quando v'è distruzione estesa, non si viene a una reintegrazione completa, ma a un grado imperfetto di *Reparatio* che presuppone il riassorbimento del tessuto distrutto e dei prodotti flogistici o la loro delimitazione (*Demarcatio*) ed è connesso alla sostituzione del tessuto perduto (*Organisatio*), insieme con un compenso per le parti non sostituibili. Il compenso per lo più risulta in difetto a mezzo di tessuto cicatriziale; rimane la cicatrice che altera la rigenerazione del tessuto.

3) L'infiammazione cronica si ha quando non subentra nè una reintegrazione, nè una definitiva *Reparatio*, ma continuano a sussistere le caratteristiche dell'infiammazione, con turbe vascolari, essudazione e proliferazione; rimane uno stato di irritazione, il quale determina una *defensio* permanente. Ciò può avvenire per l'azione continua dello stesso stimolo che determinò la malattia acuta, o per la persistenza di una aumentata sensibilità, per cui gli stimoli normali producono una più forte reazione, o infine da agenti nuovi che, nella regione alterata, provocano dei fenomeni particolari.

Anche dopo forme gravi d'infiammazione acuta, la reintegrazione delle tonsille palatine è, in generale, rapida e completa. Nel modo più evidente si possono seguire i processi dopo la difterite; in altre infezioni, a seconda della varia distruzione del tessuto, sono fondamentalmente i medesimi.

L'epitelio delle cripte viene rigenerato dalle parti conservate col prodursi di germogli, con ispessimento gemmiforme all'estremità.

Il nuovo epitelio è riconoscibile dallo strato sottile, dal nucleo delle cellule colorato intensamente e alla mancanza d'infiltrazione linfocitaria. Quest'ultima caratteristica si può rilevare anche più tardi, e specialmente se l'epitelio giace sopra uno strato basilare cicatriziale, alterato. Per questi fatti l'epitelio appare modificato; il quadro assomiglia a una corneificazione, ma senza deposito di cheratoialina. Si può parlare di *paracheratosi* (Unna), talora manifesta e più o meno estesa alla superficie del corpo tonsillare. Questa è già una forma alterata dell'epitelio, che non rappresenta una semplice rigenerazione, ma presuppone una particolare reazione, esprimendo un certo stato di irritazione. La trasformazione dell'epitelio delle cripte in epitelio pavimentoso tipicamente corneificato (*cheratosi vera*) è rara.

Il ritorno di tessuto linfoide nelle fosse tonsillari dopo una tonsillectomia apparentemente completa è di perenne interesse per il chirurgo. Pierce pone ciò in relazione col tessuto linfoide della base della lingua.

Grichter e Pearlam hanno studiato da tal punto di vista 100 casi operati; hanno seguito ricerche minute ed eseguito delle sezioni in serie. Essi osservarono nel 15 % dei casi, in corrispondenza delle nicchie tonsillari liberate, del tessuto linfoide con distinte formazioni di follicoli proprii della sua trama (1).

La rigenerazione del tessuto linfatico si presenta in forma di follicoli non uniformi e irregolarmente distribuiti. La formazione dei centri follicolari, che Dietrich non considera più come centri germinativi, ma come centri funzionali (*centri di reazione*, Hellmann) non è connesso a processi rigeneratori e neppure lo è il numero delle divisioni nucleari. Per contro, si vede spesso in mezzo ai più chiari centri funzionali, un accumulo di piccoli linfociti, che già negli aggruppamenti minuscoli risaltano come una macchia. Talora si trovano tali punti di vicinanza di cicatrici da pregressi ascessi e sembra stiano a indicare una rigenerazione in mezzo ai follicoli.

Secondo Brieger, il tessuto linfatico è ben atto a rigenerarsi, per cui da cicatrici, in seguito a deposito di linfociti e al loro ulteriore sviluppo in cordoni linfatici e follicoli, si può rigenerare tutta la tonsilla. A ciò è necessaria la dissoluzione del tessuto connettivo reticolare. Anche in altri punti, ad esempio nell'appendice vermiforme o nelle placche del Peyer dopo il tifo, esiste la stessa attitudine a rigenerarsi.

Lo studio di questa possibilità, che di rado si verifica nelle tonsille in modo così imponente e rapido come nel caso da noi illustrato, va dunque armonizzato con un'ampia visione di tutto il sistema linfatico, ed è ciò che ci proponiamo di fare.

---

(1) B. B. Grichter and S. J. Pearlam. *Lymphoid tissue in the tonsillar fossae following tonsillectomy.* (Annals of Otology, Rhinology and Laryng., XXXII, 1923, 860).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE ITALIANO UMBERTO I
DI S. PAOLO DEL BRASILE.

Morbo di Basedow acuto.

Prof. LUIGI MANGINELLI,
docente di patologia medica nella R. Università di Roma, primario medico.

Credo istruttivo riportare un caso di Basedow sviluppatosi in seguito a tiroidite acuta, e che si presta ad alcune considerazioni riferentisi alla patogenesi ed alla terapia.

M. C., di anni 26, donna di casa, italiana. Si presenta al nostro consultorio il 21 marzo di quest'anno. Fu colta circa quindici giorni fa da lievi dolori vaganti per tutto il corpo, accompagnati da modica febbre. Tali dolori vennero fin dall'inizio fissandosi in corrispondenza delle regioni anteriore e laterali del collo e di pari passo con essi venne a costituirsi in dette regioni una tumefazione che l'inferma vide progressivamente aumentare fino a raggiungere il volume attuale. Inappetenza, peso all'epigastrio, vomiti frequenti, crisi diarroiche, cefalea accompagnarono, oltre la febbre, lo svolgersi della malattia.

Nulla risulta dal lato ereditario e collaterale. Nessuna malattia degna di nota. L'inferma racconta solo come andasse facilmente soggetta a cefalee. Le mestruazioni erano generalmente anticipate, scarse, della durata di due o tre giorni. Non era stata mai notata tumefazione della tiroide.

All'esame obbiettivo l'inferma colpisce subito per il suo stato ansioso, quasi angoscioso. Notevolmente deperita la sua nutrizione. La pelle, umida, non presenta alterazione alcuna nello stato della sua pigmentazione. Scarso il pannicolo adiposo. Nulla di speciale a carico dell'apparecchio muscolare e scheletrico. Normale il sistema pilifero.

Ciò che risalta subito è una notevole tumefazione in toto della tiroide, che appare uniformemente ingrossata, male delimitabile dai tessuti circonvicini, di consistenza duro-elastica, abbastanza sensibile alla pressione.

I bulbi oculari sono fortemente protrusi e la rima palpebrale dilatata, sì da dare al viso la nota e caratteristica impronta della facies basedowiana. Netti sono il sintoma di Graefe, quello di Stelwag, il segno del frontale di Joffroy. Incostante è il sintoma di Moebius. Presente il nistagmo provocato, sotto forma di scosse orizzontali a larghe oscillazioni. Le pupille sono uguali e bene reagenti. Facile lacrimazione.

Nulla a carico del sistema respiratorio.

A carico del circolatorio il cuore appare nei limiti; toni netti; lieve soffio sistolico sulla polmonare. Nulla di speciale nei grossi vasi. Polso 124, ritmico, uguale, a pressione piuttosto bassa, celere. Colla compressione dei globi oculari si ottiene una diminuzione di 10 pulsazioni in media.

Niente di speciale a carico dell'addome e degli organi ipocondriaci. Sistema glandolare normale.

Esame neurologico negativo. Si notano solo tremori notevoli delle dita a mano protesa, tremori fini, a scosse rapidissime.

Nulla a carico delle urine.

Negativa la W. R.

Le culture ripetutamente praticate dal sangue ed in svariati terreni di cultura furono negative.

L'esame del sangue diede discreta diminuzione dei globuli rossi, con parallela diminuzione di Hb.; modica leucopenia con assenza assoluta di mononucleosi (1).

Non si credette opportuno procedere a saggi farmacodinamici sul sistema nervoso vegetativo, date le condizioni dell'inferma.

Facile scaturiva la diagnosi dall'anamnesi e dai dati obbiettivi raccolti. Ci trovavamo di fronte ad un quadro infettivo, a germe non potuto identificare coi comuni mezzi di laboratorio, quadro infettivo, nel quale mentre erano scarsi e lievi i sintomi generali, gravi e completi erano invece quelli che traevano origine dalla localizzazione tiroidea. Talchè si poteva parlare di tiroidite semplice da germi probabilmente banali, che aveva però determinato una modificazione rapida e tumultuaria, sì che ne era balzata fuori, al completo, la classica sindrome di Basedow. *Tiroidite acuta semplice, con secondario morbo di Basedow.*

Nette apparivano anche le indicazioni terapeutiche; e mentre da un lato noi ci studiammo di combattere l'eventuale causa infettiva, dall'altro cercammo di ridurre al minimo gli effetti della brusca crisi ipertiroidea prodottasi. Ci servimmo all'uopo dei comuni preparati salicilici, di sali colloidali per uso endovenoso, di sostanze proteiche; d'altra parte istituimmo una acconcia terapia opoterapica. Riposo assoluto in letto, dieta, modico uso di cardiocinetici e di calmanti completarono il nostro trattamento.

Le condizioni della malata migliorarono con rapidità ed in pochi giorni la febbre cadde e le condizioni generali si risollevarono. Si ebbe però un nuovo breve periodo di peggioramento dovuto forse ad una nuova poussée infettiva. Dopo di che il miglioramento si stabilì in modo definitivo e la nostra inferma potè uscire dall'ospedale ai primi di giugno in condizioni soddisfacenti. Era scomparsa la tiroidite acuta, fattore primo; *permaneva però, ancora in modo completo, la sindrome basedowiana.*

In questo secondo periodo della malattia mantenni il trattamento opoterapico, escludendo l'antitiroidina, della cui scarsa efficacia ancora una volta mi sono convinto. Aggiunsi arsenico, come sostanza inibente l'attività ti-

(1) Leucociti neutrofili circa 64 %; mononucleari 6 %; linfociti 30 %; eosinofili 0.5 %; basofili 0 %.

roidea e sali di calcio. Tutto ciò che ci si poteva attendere credo si sia ottenuto in questa seconda fase. L'ammalata che da quattro mesi era amenorroica ha riavuto ora le sue mestruazioni, segno non dubbio che la deficenza ovarica aggravatasi per l'insorgenza di così grave ipertiroidismo, era diminuita; le condizioni generali sono oggi tali che l'inferma ha guadagnato 3 kg. rispetto al peso anteriore alla malattia e più di 7 rispetto a quello risultante al nostro primo esame; la tumefazione della tiroide anche dalle misurazioni scrupolosamente e periodicamente praticate, è notevolmente diminuita; anche l'esoftalmo (da comparazioni fotografiche) appare minore; la tachicardia è appena accennata, oscillando le pulsazioni nelle variazioni di posizione e di lavoro tra le 86 e le 100 al minuto; il nistagmo è raramente provocabile ed in modo incompleto; si è arrestata la caduta di capelli; sono scomparsi sudori e diarree; non si notano affatto tremori. All'infuori dell'esoftalmo e della residuale tumefazione tiroidea permangono i sintomi oculari, la modica tachicardia, una facile lacrimazione, e lievissime incostanti elevazioni di temperatura.

L'esame del sangue eseguito in questi giorni mentre non mostra modificazioni degne di nota per quel che riguarda i leucociti, pei quali conferma l'assenza di mononucleosi, ha dato costantemente circa 5 milioni di emazie con Hb. = 100. La prova dell'endoipofisina, secondo il testo di Claude, è stata negativa. La prova dell'adrenalina (0,0005) è risultata negativa rispetto alle variazioni nel numero delle pulsazioni e nel valore della pressione sanguigna mentre rispetto alla tolleranza verso gli zuccheri ha determinato una tardiva (4ª ora), abbondante e prolungata glicosuria. Mi duole che il nostro laboratorio sia momentaneamente sprovvisto di apparecchi atti alla determinazione del metabolismo basale, perchè credo avrei potuto ricavarne dati molto importanti e forse decisivi rispetto alle considerazioni che farò in seguito.

Ma anche coi dati in nostro possesso credo mi sia lecito concludere non solo che la spinta patologica che ha apportato così gravi conseguenze sia oggi quasi completamente cessata (parlano ancora a favore di un lieve ipertiroidismo la modica tachicardia, le piccole elevazioni di temperatura, forse la glicosuria adrenalinica), ma anche *che il morbo di Basedow almeno nel senso da me inteso non esista più nella nostra malata.* Ciò che in essa ancora permane deve interpretarsi per una parte come segni che direi quasi anatomicamente fissati dalla pregressa alterata funzione, per l'altra da sintomi d'irritazione del sistema nervoso vegetativo, più specialmente forse a carico del sistema parasimpatico che del simpatico.

* * *

Ma per meglio comprendere questa disamina che a qualcuno potrebbe sembrare eccessiva o pedante è necessario sfiorare alquanto i complessi ed ancora oscuri problemi che concernono la patogenesi del morbo di Basedow, poichè solo una concezione patogenetica esatta può farci comprendere la sintomatologia del Basedow ed in particolare il variato succedersi e l'apparente contraddizione di sintomi nel caso da noi preso in esame, come potrà dettarci una più razionale condotta nella terapia da istituire.

Sorvolo sulle antiche teorie che ammettevano una origine ematogena, o meccanica, o cardiaca; restano esse nella letteratura solo come il ricordo storico degli sforzi dei primi ricercatori. Le teorie che invece ancor oggi si contendono il campo sono quelle che ammettono una *origine nervosa* e quelle che ammettono una *origine endocrinica.*

Riferisco sommariamente, trattandosi di argomenti a tutti noti.

Per riguardo ad una eventuale origine nervosa fu incriminato volta a volta tutto il sistema nervoso o la parte bulbo-protuberenziale, si parlò di nevrosi totale o parziale del simpatico, di nevrosi del vago o finalmente di nevrosi mista simpatico-vagale. E si appoggiano i fautori della teoria nervosa sopratutto sui dati forniti dall'ipertiroidismo artificiale (mancanza salvo casi eccezionali della formazione di esoftalmo, rarità estrema nella provocazione dei sintomi oculari, minore intensità dei sintomi basedowiani artificialmente riprodotti) e sull'osservazione di Basedow acutissimi, sviluppatisi in poche ore, pei quali male si poteva ammettere una modificazione così rapida dello stato funzionale della ghiandola tiroidea, senza che entrasse in giuoco — *primum movens* — l'elemento nervoso.

Riguardo alla teoria endocrinica lascerei da parte alcune vedute più recenti tendenti ad incriminare il tessuto cromaffine, l'ipofisi, il timo, vedute basate su esperienze indubbiamente molto interessanti (ricordo quelle di E. Bircher, quelle di Dustin e Zunz che tenderebbero ad ammettere una specie di *balancement* fra tiroide e timo), ma che a mio parere se servono a rafforzare sempre più il concetto delle interrelazioni umorali fisio-patologiche, non giovano a spostare l'asse pato-

genetico del morbo di Basedow dalla glandola tiroidea.

Ma anche tra i seguaci della origine tiroidea alcuni si schierano a favore di un semplice ipertiroidismo appoggiandosi specialmente sul netto contrasto, sintoma a sintoma, del Basedow rispetto al mixedema, sui risultati soddisfacenti ottenuti col diminuire la quantità della secrezione tiroidea con mezzi chirurgici o radioterapici, sul peggioramento che si ottiene nel Basedow colla somministrazione di tiroidina o di sostanze attivanti (jodo), sui dati dell'ipertiroidismo artificiale, ed in complesso sulla considerazione che tutte le azioni oggi attribuite agli ormoni tiroidei sono nel Basedow aumentate: così le azioni prevalentemente disassimilatrici ed ossidatrici a proposito del ricambio materiale, e quelle specializzate sul sistema vegetativo, a prevalenza simpaticotoniche.

Altri invece considerano che non si tratti solo di iperfunzione, ma piuttosto di disfunzione ed ammettono che i sintomi basedowiani provengano dall'immissione in circolo di sostanze tossiche secrete dalla glandola alterata nella sua funzionalità, o da una modificata secrezione a tipo giovanile con versamento in circolo di tossine di origine specialmente autolitica, versamento favorito anche da aumentato scarico per aumento di impulsi di origine simpatica (Pende); o per intossicazione od anafilassia jodica per incapacità da parte della tiroide di trasformare ed immagazzinare lo jodio circolante (Klose); od infine per eccessiva liberazione di tiroxina, prodotto cristallizzato che secondo Kendall sarebbe il principio attivo jodato della tiroide.

Tutte queste varie teorie si appoggiano ad osservazioni cliniche e ad esperienze numerose che non è qui il caso di ricordare, ma le cui interpretazioni non sono affatto decisive in un senso piuttosto che in un altro. In complesso si ha l'impressione che nè la teoria nervosa nè l'endocrinica — si tratti di iper- o di disfunzione tiroidea — soddisfino completamente.

Egli è, a mio modo di vedere, che *le due teorie non solo come i più ritengono possono conciliarsi, ma debbono fondersi, perchè si possa avere una concezione soddisfacente del morbo di Basedow.* La malattia di Basedow deve cioè essere considerata come la risultante di due ordini di fattori strettamente concatenati tra loro: stato irritativo o degenerativo del sistema vegetativo da un lato, iper- o distiroidismo dall' altro. Uno stato di ipertiroidismo per elevato che sia non è mai un Basedow finchè il sistema vegetativo o più rigorosamente il simpatico riesce, per stato proprio o per difesa del restante sistema endocrinico, a mantenere il suo equilibrio di fronte all'aumentata azione ormonica tiroidea; come inversamente può esistere una pura nevrosi del simpatico, senza che la glandola tiroidea, pur soggetta ad aumentati impulsi del simpatico, abbia a modificare in modo evidente la sua funzione.

Ma se nel primo caso il simpatico, o per cause dirette su di esso o traverso una minorata azione di difesa ormonica da parte di altre glandole, cessa la sua resistenza, allora gli ormoni tiroidei potranno esplicare tutta la loro aumentata azione simpaticotropa e dall'intreccio dei sintomi ipertiroidei e simpatici sorgerà la sindrome di Basedow. Con questo meccanismo potrebbero spiegarsi sopratutto gli inizi bruschi a seguito di traumi, emozioni, raffreddamenti, ecc. Analogamente avverrà nel secondo caso, quando all'abnorme stato del simpatico venga ad aggiungersi per cause occasionali (infezioni localizzate della tiroide, infezioni generali, lues, tubercolosi, ecc.) un brusco aumento della secrezione tiroidea, che potrà esplicare una azione basedowizzante solo perchè trova un sistema vegetativo maggiormente e direi quasi patologicamente recettivo di fronte agli stimoli ormonici.

Più semplificata apparirebbe allora la classificazione:

I. Basedow veri:
  a) forme complete; *b*) forme fruste.

II. Basedowoidi di Sterne.

III. Ipertiroidismi.

Nel Basedow frusto, malgrado i sintomi siano attenuati ed anche incompleti, è pur sempre necessaria la dimostrazione che ambedue i gruppi sintomatologici siano rappresentati: stato di nevrosi del simpatico, stato di ipertiroidismo.

Quanto alle forme di Basedowoidi di Sterne, io credo che si possano identificare colle nevrosi del simpatico od anche del parasimpatico. In esse mancano sintomi di accelerazione del ricambio; non è clinicamente dimostrabile un aumento della tiroide; non beneficiano, e logicamente, di una terapia che tenda a diminuire la secrezione tiroidea (quindi neanche di una eventuale resezione della tiroide); sono forme generalmente a decorso più benigno, ma anche più difficilmente curabili, come quelle in cui la causa determinante (nervosa) è più difficilmente influenzabile dai nostri mezzi terapeutici.

***

Può sembrare troppo schematico questo modo di considerare il morbo di Basedow; ma in fondo l'azione ormonica tiroidea mi pare oggi sia abbastanza bene differenziata almeno per quanto riguarda la sua influenza sul ricambio materiale da un lato e sul sistema vegetativo dall'altro. Ora da parte del sistema vegetativo deve esistere nei casi di ipertiroidismo artificiale o naturale una qualche azione di difesa che impedisce lo svilupparsi della sindrome basedowiana. Altrimenti non ci spiegheremmo come nell'ipertiroidismo artificiale sia così eccezionale lo sviluppo di alcuni sintomi basedowiani e specialmente di quelli che maggiormente si ritengono come di origine nervosa (esoftalmo, sintomi oculari); e sopratutto non ci spiegheremmo, neanche ammettendo la teoria della disfunzione, il perchè a volte se ne sia ottenuta la riproduzione, e ciò tanto, come nel classico caso di Notthaft, per ingestione di dosi enormi di tiroidina, quanto con somministrazione di tiroidina in dosi comuni (sono a mia conoscenza due casi del genere, di cui uno osservato qui in S. Paolo in una giovane signora nella quale in seguito a cura dimagrante a base di tiroidina si è sviluppato un esoftalmo di modico grado e tachicardia). E' evidente che in questi casi così dimostrativi l'elemento artificiale ipertiroidismo ha trovato un elemento costituzionale simpatico irritativo o degenerativo che ha permesso alla sostanza tiroidea di agire in modo completo.

E rileggendo alcuni casi riportati dagli AA. specie nell'ambito di quelle forme particolari, di passaggio, ancora non bene identificate, si possono fare al riguardo delle osservazioni degne di nota. Fra i più recenti un caso sopratutto mi ha colpito, caso studiato da Marañon e Carrasco. Si trattava di una giovine di 29 anni, con disturbi mestruali, edemi fugaci, sintomi vegetativi assai accentuati e leggera ipertrofia tiroidea; diagnosticata da altri come ipertiroidea era stata come tale infruttuosamente trattata. Il metabolismo basale trovato a — 18 % permise agli AA. di escludere l'ipertiroidismo; sottoposta l'inferma a cura di saggio con tintura di jodio, si videro aumentare i sintomi vegetativi, ma diminuire gli edemi e discendere il metabolismo a — 16 %. Fu somministrata allora tiroidina a dosi moderate: lo stato nervoso subbiettivo si eccitò in modo straordinario, gli edemi scomparvero completamente ed il metabolismo discese ancora a — 12 %. Lasciata in riposo la malata per una settimana senza tiroidina, gli edemi ricomparvero; fu rimessa a regime tiroideo e gli edemi scomparvero di nuovo; dopo un paio di mesi l'inferma guarì completamente. Marañon e Carrasca pongono questa forma tra quelle descritte da Léwy e Rothschild sotto il nome di instabilità tiroidea, e che il Pende chiama ipertiroidismi parziali variabili paradossi. Ora in questo caso vi è una nevrosi vegetativa evidente la cui completa indipendenza dallo stato tiroideo è dimostrata dall'ipotiroidismo messo in luce dall'ipometabolismo basale riscontrato; lo jodo dapprima (come attivante), la tiroidina dipoi agiscono nettamente nei due sensi, migliorando il deficente metabolismo da un lato, peggiorando i già esistenti sintomi vegetativi dall'altro: la nevrosi vegetativa si accentua, ma non può trasformarsi in sindrome basedowiana a causa dell'ipotiroidismo esistente, appena parzialmente corretto dalla blanda terapia tiroidea opportunamente intrapresa.

Per quanto dunque i sistemi endocrinici e simpatico siano così strettamente legati tra loro da far pensare ad alcuni (Pende) essere più opportuno parlare di sistema endocrino-simpatico, purtuttavia elementi di fisio-patologia ci permettono di scindere, sia pure a prezzo di qualche artificio, i due elementi e ci spronano a sempre meglio vagliare i sintomi per poterli con più esattezza riferire all'uno o all'altro dei due fattori patogenetici. E per più chiaramente esprimermi concluderei che *non esistono in senso stretto sintomi basedowiani, ma che il concetto di basedowismo sorge solo dall'associazione dei sintomi nervosi e endocrini, nessuno dei quali, preso isolatamente, ha importanza patognomonica per la diagnosi di Basedow.*

***

Questo lavoro di selezione critica dei sintomi su cui è imperniata la diagnosi e da cui scaturisce una più logica condotta terapeutica, è tutt'altro che facile data la concatenazione dei sintomi stessi, la dubbia loro interpretazione, e spesso la loro possibile molteplice origine; ma non appare del tutto impossibile.

Alcuni dei sintomi sono certamente di origine simpatica, quali l'esoftalmo, i sudori, l'eretismo dei vaso-dilatatori; altri di origine vagale: così la retrazione tonica della palpebra superiore, l'ipersecrezione lacrimale, bronchiale, gastrica, intestinale, pancreatica, forse l'eosinofilia, il cardiopalmo. Altri sintomi sono direttamente dipendenti dall'aumentata secrezione tiroidea e questi ci sono dati sopratutto dalle note modificazioni del ricambio materia-

le, traducentisi particolarmente con un accele-ramento di esso. Anche la tachicardia, la quale ha i caratteri della tachicardia sinusale, e l'ipertermia, sono forse di origine più direttamente tiroidea che non simpatica. Non bisogna poi dimenticare la facile formazione di circoli viziosi, e le notevoli influenze che vengono ad acquistare le interrelazioni delle altre glandole endocrine.

Importanza veramente enorme hanno avuto gli studi compiuti in questi ultimi anni sul metabolismo basale, per facilitare e semplificare la ricerca degli stati tiroidei; e ad esso noi dovremo di preferenza rivolgerci come al metodo forse fino ad oggi più esatto e più scientifico di diagnosi differenziale tra nevrosi pure del sistema vegetativo e forme complete o fruste di Basedow.

* * *

Diagnosticato un morbo di Basedow, *la terapia deve indirizzarsi in modo particolare contro il sistema che il gruppo di sintomi predominanti ci indica come il più incriminabile.*

Rispetto alla tiroide, noi possiamo agire con sostanze chimiche le quali influenzano la secrezione tiroidea, inibendola, quali l'arsenico, i sali di calcio, il fosfato di sodio in alte dosi, o con preparati opoterapici, sia indirettamente traverso l'azione di altre glandole a secrezione interna, sia direttamente fornendo all'organismo materiali nocivi pel cui lavoro di distruzione o trasformazione verrebbe a spendersi l'eccesso di secrezione tiroidea (antitiroidina). Più efficacemente e radicalmente potremo agire colla radioterapia e con mezzi chirurgici.

Rispetto all'elemento nervoso le nostre risorse sono molto limitate. Il miglior sussidio ci è forse offerto dalla elettroterapia (galvanizzazione e faradizzazione), sempre quando giusta sia l'indicazione ed esatta e coscienziosa la tecnica. Anche qui si debbono saggiare le condizioni del simpatico e del parasimpatico ed agire su quello maggiormente incriminato.

Nel nostro caso appunto, considerando che i sintomi attuali sono forse più da interpretarsi come di origine autonoma, è sul vago che cercheremo principalmente di agire, con correnti ad azione calmante; mentre tralasceremo di influire sulla tiroide, non esistendo attualmente alcun segno che parli a favore di una sua speciale iperfunzionalità.

Nota. — Il presente lavoro verrà pubblicato anche negli « Atti della Società Ars Medica di S. Paolo del Brasile ».

MEDICINA SOCIALE.

L'assistenza ospitaliera. Come si svolge e come dovrebbe svolgersi. [1]

Prof. ENRICO RONZANI,
direttore degli Istituti Ospitalieri di Milano,
presidente dell'Associazione Nazionale
dei direttori medici degli Ospedali.

Sotto la disgraziata guida della legge sulle Opere Pie del 1890 che comprende in un fascio: Congregazioni di carità, opere elemosiniere, ricoveri di mendicità, istituti per corrigendi, sono governati anche gli ospedali.

Tale legge per essere la riproduzione di altre antiche in vigore quando gli ospedali erano ancora « case ospitali », mantenne purtroppo norme, tradizioni, abitudini, abusi di istituzioni locali, per cui fu mantenuto all'assistenza ospitaliera il carattere elemosiniero e regionalistico, lasciando estese località prive affatto di ospedali, là dove, la munificenza dei Principi o degli Arciduchi, dei tempi anteriori all'unità d'Italia, non era giunta.

Ma anche dove un certo numero di ospedali esiste, magari nello stesso Comune, questi sono amministrati, governati o diretti nei modi più svariati: alcuni condotti dalla Provincia, altri dal Comune o dalla Congregazione di Carità, o da enti morali, ecc. dal che ne risulta tutto un ordinamento caotico che tale legge ha conservato, ingrossando soltanto e complicando il meccanismo amministrativo, per cui il valore sociale di quella legge, scrive lo Sforza, « è tutto nel carattere negativo che la informa ».

Il domicilio quinquennale nel comune per aver diritto all'assistenza, la cura dei malati proporzionata ai mezzi patrimoniali degli ospedali, le sempre crescenti tasse sul patrimonio ospitaliero, l'assenza di qualsiasi disposizione che regoli il funzionamento dell'ospedale propriamente detto, l'esistenza di statuti e regolamenti per ciascun ospedale diversi, stanno a dimostrare come lo Stato non abbia fin ora compreso il problema dell'assistenza ospedaliera, tutt'ora lasciato all'arbitrio tecnico ed amministrativo di Enti i più svariati e più o meno competenti.

Taluno afferma che quella legge provvede almeno ad integrare le spese, essendo fatto obbligo ai Comuni del rimborso dell'eccedente spesa oltre la rendita patrimoniale.

Ma chi non sa oggi come tale disposizione cada spesso nel ridicolo mettendo nei più gra-

(1) Relazione al Congresso dell'Igiene e Assistenza indetto dalla Deputazione Provinciale di Milano, 25-26 novembre 1923.

vi imbarazzi economici le amministrazioni ospedaliere? Scriveva il Levi: « Bel titolo di rendita tale dispositivo, fatelo valere se potete questo titolo che deve servire agli ospedali per vivere si può dire alla giornata ».

« Quand'anche vi sarete districati dalle molteplici ricerche per stabilire il Comune nel quale il malato ha dimorato per cinque anni consecutivi e che è tenuto alla spesa; quando anche le cose vadano liscie e non insorgano le mille ed una controversie che il debitore potrà suscitare fino a portarvi con ricorsi alla IV Sezione di Stato, quando avrete pazientato qualche mese la rifusione della spesa e dopo parecchie sollecitazioni vi sarete decisi a battere insistentemente alle porte delle Prefetture, vi sentirete nella gran parte dei casi rispondere che il Comune non ha fondi, che lo stanziamento è esaurito, che pazientate insomma perchè denari non ve ne sono ».

La citata legge se dispone nel modo anzidetto dell'amministrazione degli Ospedali, non parla affatto del modo col quale essi devono funzionare, non ricordando neppure l'opera che essi svolgono, cioè la cura dei malati, mentre in Italia al riguardo con regolamenti generali è regolato il funzionamento dei manicomi, degli ospedali militari, degli ospizi marini, ecc.; che sono in numero minore degli ospedali civili.

Perciò i 1500 ospedali italiani esistenti, nel loro funzionamento tecnico non sono ancora tutti diretti da medici, ma alcuni da avvocati, altri da economi, da superiore, sei dal fondatore, dieci da confraternite, undici dal parroco, ecc.

Perchè tali strane eccezioni per gli ospedali civili, mentre mai si è discusso che a capo delle altre aziende vi sia il tecnico e negli stessi istituti affini, quali i citati manicomi e ospedali militari, per disposizione di legge, vi è il medico a capo del servizio sanitario ed economico interno dell'Istituto?

Oggi sono circa 70,000 i letti a disposizione negli ospedali condotti nel modo anzidetto, cioè circa un letto ogni 600 abitanti, che a grossi calcoli diventa un letto per 400 abitanti nell'Italia superiore e di uno per mille ed anche più per l'Italia inferiore (Marche, Abruzzi, Calabria un letto ogni 2740 abitanti), mentre in Inghilterra, in Francia, in Germania il rapporto si aggira intorno a uno per duecento; per cui l'Italia, che vantava in passato di possedere il maggior numero di ospedali ed i più grandiosi, salvo qualche eccezione, è rimasta si può dire alla coda colle ormai vecchie carcasse mal governate.

I mezzi sempre insufficienti fecero sì che ovunque non si affrontasse la risoluzione completa del problema ospitaliero, ma si ricorresse agli adattamenti; perciò in quasi tutti gli ospedali italiani, fin dove si potè, si suddivisero sale, si abbatterono mura, si fabbricarono edifici a ridosso degli esistenti per dare alle infermerie locali di disbrigo, per supplire allo spazio mancante, alla cubatura deficiente, per cui ne risultarono miglioramenti mai completamente rispondenti ai bisogni ed alle esigenze dei tempi, che andarono sempre crescendo, e che imposero invece all'Estero di abbandonare i vecchi edifici per costruirne di nuovi in località adatte.

Si continuò da noi a fare e disfare, ad abbattere e riedificare, persistendo, con tenacia degna di altre opere, a male adattare ciò che non poteva più adattarsi, spendendo denari per ottenere ripieghi che appena compiuti si presentavano insufficienti; sembrava ovunque che la consegna fosse di rimanere sul posto dei nostri avi come ostrica allo scoglio.

Intanto che noi spendevamo così i pochi danari a disposizione, negli altri paesi più saggiamente e col concorso più concorde degli Enti pubblici e dei tecnici si edificavano, su aree appositamente scelte, Ospedali grandiosi, Cliniche superbe.

Si abbandonò il vecchio tipo di ospedale a corridoio, a crociere e a cortile, conservanti l'aspetto dei conventi insieme ai quali sorse, per ricorrere al tipo a padiglioni circondati da ampi giardini, inondati di aria e di luce, provvisti di piccole infermerie, di abbondanti locali di servizio e di mezzi di cura i più moderni; sono sorti così in Inghilterra, in Francia ed in Germania, in tutti i centri più importanti, i nuovi ospedali, mentre ancora pochi si annoverano in Italia; sono essi tra i maggiori soltanto il Policlinico di Roma, l'Umberto I di Ancona, l'Ospedale chirurgico di Milano, il S. Martino d'Albaro di Genova e qualche altro, nei quali veramente per concorde opera di amministratori e di sanitari e per intervento di munifici cittadini si è potuto raggiungere quel perfezionamento di mezzi di diagnosi, di cura e di assistenza che oggi dovrebbe essere esteso a tutti gli ospedali italiani.

Così pure per quanto riguarda la cura e la assistenza ai malati in Italia, per l'assenza di disposizioni generali, le cose procedono caoticamente perchè il personale sanitario e di assistenza viene reclutato nei modi più svariati. Mentre a Milano, ad esempio, ed in alcuni altri Ospedali, si procede, per assicurare all'istituzione i migliori sanitari, a regolari e difficili concorsi per titoli ed esami, in altri si fanno le nomine di coloro, ai quali è affidata la vita

dei cittadini, per semplice chiamata che talvolta è riservata ai meno competenti, quali i fondatori dell'Ospedale o loro eredi.

Che dire poi del personale di assistenza, per il quale gli ospedali che hanno istituito delle scuole professionali più o meno complete, si contano sulle dita?

La vigile e solerte assistenza ai nostri ammalati, tanto necessaria resta ancora affidata in molti luoghi a personale rozzo e non tecnicamente istruito, perchè anche dell'istruzione di questo lo Stato non si è mai interessato nonostante le vive ripetute sollecitazioni che da anni i medici ospitalieri rinnovano.

In conclusione:

a) la legge sulle Opere Pie del 1890, che regola amministrativamente gli Ospedali, è insufficiente sotto tutti i punti di vista;

b) manca qualsiasi regolamento generale che regoli il delicato funzionamento degli Ospedali e che determini le norme di reclutamento del personale sanitario e di servizio, al quale è affidata la vita dei cittadini;

c) i nostri Ospedali, perchè considerati ancora Opere di beneficenza, sono per la maggior parte in condizioni economiche disastrose che impediscono loro di regolarmente funzionare.

***

COME DOVREBBE SVOLGERSI. — Se nonostante gli arrugginiti sistemi burocratici della deprecata legge i medici in alcuni ospedali hanno potuto portare un soffio di vita scientifica moderna per strappare dalla parca insidiosa il maggior numero possibile di infermi, e ritrarre da mezzi modesti, messi a disposizione, il massimo rendimento, non è più possibile ritardare la riforma di questi istituti.

È necessario anzitutto sopprimere il carattere di Opera Pia all'assistenza ospedaliera e *farne di essa un servizio pubblico di primo ordine.*

Quale servizio più importante può esistere nella società al di sopra di quello destinato a ridare la salute ai cittadini?

Oggi non è più il caso per il mantenimento degli Ospedali di dare eccessiva importanza alle rendite patrimoniali di essi, poichè queste rappresentano ora assai poca cosa, nonostante di esse quasi esclusivamente si occupi la legge in vigore.

Con la retta ospitaliera odierna variante in Italia da lire 15 a lire 30 al giorno, non è più il caso di parlare di rendita patrimoniale poichè essa non era per la maggior parte dei nostri ospedali neppur sufficiente ad integrare per metà la spesa qualche anno prima della guerra, quando il malato costava circa lire 2 al giorno. Oggi nei grandi ospedali, anche in quelli cosidetti più ricchi d'Italia, la quota di beneficenza, cioè la rendita patrimoniale, va a scaricare il costo giornaiero del malato, che si aggira intorno a lire 20, con una quota reale di pochi centesimi o di qualche lira al dì.

Il mantenere pertanto il carattere di opera di beneficenza agli ospedali è una irrisione, poichè non ostante i lasciti dei benefattori continuino nelle proporzioni del passato, non potranno questi mai spostare sensibilmente la situazione nei riguardi economici e cioè dei mezzi per provvedere al mantenimento e alla cura dei malati.

Ciò del resto è compreso dagli stessi benefattori perchè la più parte oggi regala i propri beni agli ospedali destinandoli più che al funzionamento, al miglioramento dei medesimi, devolvendo cioè le loro fortune alla costruzione di nuovi padiglioni, all'impianto di nuovi e più moderni mezzi di cura, elevando le condizioni tecniche dell'Istituto anzichè alleggerire di qualche centesimo la retta ospedaliera.

E così ben fanno, poichè l'Istituto destinato alla più delicata funzione sociale deve essere provvisto di tutti quei mezzi che la moderna scienza sa suggerire per ricuperare la salute perduta.

Il prof. Depage dell'Università di Bruxelles quest'anno, nella seduta inaugurale del Congresso di chirurgia a Parigi, diceva fra l'altro: « La concezione dei servizi ospitalieri di beneficenza, che si basa sul principio della carità, non è più ideale consono coi tempi nostri. Siffatta concezione è in ritardo in paragone col nostro sviluppo sociale, non risponde più alle aspirazioni legittime della popolazione, è antiquato e deve, al pari della professione medica intiera, lasciare il posto ad una concezione più moderna, meglio rispondente al nostro attuale sistema sociale; deve essere stabilita sulla «*produttività*». Ogni individuo costituisce, in effetto, nella comunità un capitale sociale che diviene improduttivo in caso di malattia; ciascuna guarigione rappresenta un capitale a cui si è restituita la capacità di produrre. La morte è invece un capitale perduto. È logico pertanto che i sentimenti umanitari si accordino più completamente coll'interesse sociale.

« Da questa concezione *all'industrializzazione* degli ospedali non vi è che un passo. La cura non è altro che il meccanismo o l'arnese di cui il medico si serve per rendere al corpo la salute.

« Essa deve essere perfezionata, come i meccanismi nelle industrie, coi mezzi più efficaci in modo di dare il massimo di guarigioni ed il minimo di durata del soggiorno nell'ospedale.

« Partendo da questi principii l'organizzazione amministrativa dovrà essere modificata profondamente.

« Tutti gli ingranaggi di un ospedale devono essere industrializzati come quelli di un'officina; il direttore funzionario dovrà cedere il posto al direttore tecnico, capo industria, al corrente delle sue mansioni e capace di assumere tutte le responsabilità.

« Infatti suo primo dovere sarà quello di sorvegliare e modificare lo spirito dello Stabilimento, facendone sparire l'attuale sistema, modificando al bisogno la mentalità del personale, impostando su basi scientifiche tutti i servizi. Il principio dell'industrializzazione degli ospedali è più scientifico, più vero, più fecondo, veramente, adatto alla nostra organizzazione sociale, che non quella della ospedalizzazione sotto l'etichetta della carità che non possiamo oggi più « caritatevolmente » accettare, giacchè tali opere caritatevoli hanno avuto il loro grande storico periodo ed ora devono cedere il passo ad altri sistemi ».

Fa pena pensare che, mentre giustamente oggi è considerato servizio pubblico la spazzatura delle vie, l'illuminazione elettrica, le tramvie e perfino l'affissione della reclame, il servizio dell'assistenza ospitaliera resti ancora affidato alla pubblica beneficenza nel modo irrazionale più addietro ricordato.

Diventi anzitutto al più presto l'assistenza ospitaliera il *primo e più importante servizio pubblico gestito direttamente dai grandi Comuni, o dai minori attraverso l'opera coordinata dalla Provincia;* la beneficenza troverà ugualmente largo campo per arricchire gli ospedali di ambienti adatti e di quei mezzi moderni di diagnosi e di cura più addietro ricordati; ed i Comuni sapranno egualmente bene amministrare, in sezione apposita, e separata dalla gestione ospitaliera, i patrimoni degli ospedali.

Come i Comuni e le Provincie hanno l'obbligo di provvedere direttamente alla profilassi delle malattie e all'igiene dell'ambiente, alla cura dei pazzi ecc., così dovrebbe senz'altro farsi obbligo di provvedere direttamente alla assistenza ospitaliera non essendovi ragione alcuna che questa resti più oltre nello stato di abbandono nel quale si trova e così mal distribuita e non proporzionata ai bisogni del luogo.

Occorre inoltre da parte del Governo organizzare l'assistenza ospitaliera con *norme di funzionamento generali*, affinchè agli ospedali, che tanta importanza hanno nell'economia sociale e nel mantenimento della salute pubblica, sia data una uniformità di indirizzo in tutto il Paese e funzionino secondo criteri medici e scientifici, dando ai medici-direttori quella autorità e quei poteri che nessuno discute neppure per i direttori di qualunque azienda tecnica-industriale, cosicchè il medico entri veramente nel governo tecnico dei nosocomi in tutta la sua estensione, principio che non è più discusso per i manicomi e per gli ospedali militari e che la vecchia concezione della carità ha finora negli ospedali civili svisato mantenendo i direttori-medici ospedalieri e i Sanitari tutti in uno stato di soggezione e di subordinazione che paralizza il regolare funzionamento di così importanti istituti.

È necessario anche che il personale sanitario sia ovunque assunto in seguito a regolari e rigorosi concorsi così da offrire al pubblico le maggiori garanzie; e che siano ben determinate le norme per tutti i nosocomi di reclutamento e di istruzione del personale di assistenza immediata, risolvendo il grave problema delle scuole per le infermiere che è indispensabile istituire.

Trasformati gli ospedali in istituti provinciali o cittadini essi dovrebbero raccogliere e raggruppare tutte le energie e tutti i mezzi destinati nel luogo all'assistenza ospitaliera concentrando tutte le forze oggi disseminate così da costituire organi completi, nel campo delle cure mediche, chirurgiche e delle specialità, destinati al ricupero della salute.

Dette istituzioni così perfezionate e funzionanti coi criteri moderni sopra esposti (che il Depage ebbe a chiamare di industrializzazione, intesa nel senso scientifico-tecnico), dovrebbero essere messi a disposizione non soltanto dei poveri, ma colla istituzione di sezioni e classi speciali di *tutti i cittadini poveri e ricchi*, poichè soltanto l'ospedale moderno completo può offrire a tutti, in linea tecnica, scientifica e morale le maggiori garanzie, anche per i controlli che dalle Direzioni tecniche devono essere continuamente e rigorosamente esercitati.

L'ospedale moderno governato in tutta l'Italia con un regolamento generale, dovrà dare la sicurezza al pubblico di trovare Sanitari scelti e provetti quali soltanto si possono avere attraverso rigorosi concorsi, garanzie che generalmente mancano nelle case private di cura.

Infine l'istituzione negli ospedali di classi per abbienti, potrà portare ad alleggerire le spese di funzionamento di quelle per i poveri.

Concludendo.

Ritiensi necessario:

che sia sollecitamente promulgata una legge che provveda alla trasformazione degli ospedali da Istituti cosidetti di beneficenza, in servizi pubblici di primo ordine affidandone

direttamente la gestione ai grandi Comuni, od ai minori a mezzo dell'opera coordinatrice della Provincia;

che sia promulgato un regolamento generale che determini uniformemente il funzionamento degli ospedali in linea tecnica, affidando ai tecnici direttori-medici, la responsabilità dell'esercizio, assicurando a ciascun Istituto, attraverso rigorosi concorsi, personale sanitario che offra le maggiori garanzie, e colla istituzione di scuole professionali, personale di assistenza provetto;

che, abbandonando il vecchio concetto di case di beneficenza per ricovero di poveri, gli Ospedali moderni, riorganizzati e completati anche nei riguardi del personale sanitario e di assistenza e dei mezzi di cura (giacchè oggi la maggior parte delle cure non si possono più fare a domicilio), possano essere a disposizione di tutti i cittadini, poveri e ricchi, provvedendo all'istituzione di apposite classi per abbienti, le quali dovrebbero essere anche destinate ad alleggerire le spese di funzionamento di quelle dei poveri.

*
* *

Dopo qualche discussione *fu dal Congresso approvato il seguente ordine del giorno*:

« Si fa voti:

che il Governo abbia sollecitamente a promulgare una legge che provveda a trasformare gli ospedali in servizi pubblici di primo ordine affidandone prevalentemente la gestione ai grandi Comuni, ed agli altri minori mercè l'opera coordinatrice della Provincia; ed un regolamento generale che determini uniformemente il funzionamento degli ospedali ed istituisca le scuole professionali per le infermiere;

che gli ospedali, riorganizzati, siano a disposizione di tutti i cittadini, poveri e ricchi, colla istituzione di apposite classi per abbienti destinate ad alleggerire le spese di funzionamento di quelle per i poveri ».

Posta amministrativa.

L'Amministrazione manda un cordiale ringraziamento a tutti indistintamente gli Abbonati che, con encomiabile sollecitudine, hanno aderito all'invito della pronta rimessa dell'importo d'abbonamento pel 1924 ed esprime la propria gratitudine per le gentili parole di plauso, di affezione e di augurio al Giornale, che accompagnano quasi tutti i pagamenti.

Ci riserviamo di pubblicare, come negli anni passati, qualcuno dei molti giudizi, in uno dei prossimi numeri. Frattanto l'Amministrazione e la Redazione formulano ed inviano ai fedeli amici e sostenitori del « Policlinico » gli auguri più fervidi pel nuovo anno ora iniziatosi.

RIVISTE SINTETICHE.

Gli usi terapeutici del tetracloruro di carbonio.

Dott. AZEGLIO FILIPPINI.

Il tetracloruro di carbonio era stato preconizzato una cinquantina di anni fa, come anestetico, ed a tale scopo sperimentato ed usato specialmente da Simpson e da altri chirurghi inglesi. Esso però venne tosto abbandonato perchè l'esperienza dimostrò che il suo comportamento come anestetico è estremamente pericoloso, in qualsiasi circostanza ed a qualsiasi dose esso venga somministrato. Quando interviene il rilasciamento dei muscoli, si ha contemporaneamente l'abolizione dei riflessi oculari, a cui segue fatalmente l'arresto del respiro e del cuore. Tale prodotto cadde quindi rapidamente in disuso in medicina, mentre si incominciò ad usare largamente nelle industrie, specialmente in quelle della gomma e dei grassi, in considerazione delle sue ottime proprietà solventi e del grande vantaggio che presenta in confronto di altri (benzina, solfuro di carbonio) di non essere infiammabile.

Da qualche tempo però esso venne nuovamente introdotto in medicina, sia per usi chirurgici e dermatologici, sia soprattutto come antielmintico.

COSTITUZIONE E CARATTERI.

Chimicamente il tetracloruro di carbonio è un derivato clorato del metano. Quando in questo — dalla nota formola CH_4 — si vengano successivamente sostituendo gli atomi di idrogeno con quelli di cloro, si ottengono i quattro composti seguenti: Monoclorometano CH_3Cl; Diclorom. CH_2Cl_2; Triclorom. (cloroformio) $CHCl_3$; Tetraclorom. (tetracloruro di carbonio) CCl_4. Questo dunque è del tutto affine al cloroformio da cui non differisce che per la presenza di una maggiore quantità di cloro, fatto a cui si attribuisce la maggior tossicità nell'uso anestetico.

Il tetracloruro di carbonio si presenta come un liquido incoloro, pesante (densità 1.6), di odore gradevole che richiama quello del cloroformio, quasi insolubile nell'acqua (0,8 %); bolle a 76°-77° e cristallizza a -25°. Industrialmente si ottiene facendo passare a lungo il cloro sopra solfuro di carbonio, tenuto a 20°-40°, oppure per riscaldamento di solfuro di carbonio con cloruro di solfo in presenza di ferro. Il prodotto industriale contiene tracce di solfuro di carbonio e di fosgene, a cui vanno attribuite le proprietà tossiche che talora possiede.

A scopi medici va usato esclusivamente il prodotto purificato.

Per quanto riguarda le applicazioni mediche, il tetracloruro può bene sostituire l'alcool per la preparazione di una soluzione di jodio (tre grammi di questo per 100 cmc.), la quale ha anche il vantaggio di sgrassare e pulire bene la cute; aggiungendo alla detta soluzione il 2 1/2 % di gomma para, si ottiene un prodotto che, spennellato sulle dita del chirurgo, costituisce una buona protezione contro i germi delle dita stesse, che permette di procedere a piccole operazioni in condizione di asepsi. La soluzione di gomma para in tetracloruro (3,3 %) dà un prodotto analogo al collodio, che ha il vantaggio di non essere infiammabile.

In dermatologia il tetracloruro viene usato per lo sgrassamento del cuoio capelluto nella seborrea grassa, nelle affezioni da carenza delle ghiandole sebacee, per portare fino al bulbo pilifero una soluzione di lanolina anidra, nei comedoni e nell'eritrasma, sotto forma di soluzione di jodio. Ottimamente esso serve come parassiticida, uccidendo rapidamente cimici, pidocchi e le loro uova; esso può usarsi per la disinfestazione invece del petrolio e della benzina.

Recentemente è stato provato *nelle enteriti da Lamblia.* Khalil e Shawky (17) hanno trattato dei bambini di 3-4 anni con cmc. 1.3 ed un adulto con cmc. 5, ottenendo la scomparsa dei parassiti e delle cisti dalle feci ed il ritorno al benessere. Tutti avevano dapprima tentato invano altre cure (emetina, vaccinazioni). La guarigione si manteneva dopo qualche settimana. Questi risultati appaiono degni di nota quando si ponga mente alla ostinatezza delle forme dissenteriche da Lamblia ed alla loro resistenza alla terapia.

LE PROPRIETÀ ANTIELMINTICHE.

La più importante applicazione del tetracloruro di carbonio però si è avuta in seguito agli studî di M. C. Hall, zoologo al Dipartimento di agricoltura degli Stati Uniti, il quale pubblicò nel 1921 i primi risultati delle sue pazienti ricerche (1). È bene però mettere in rilievo che gli studi sopra l'azione antielmintica di un prodotto affine, il cloroformio, vennero iniziati da un elmintologo italiano, il prof. G. Alessandrini, che ne dimostrò fin dal 1915 l'efficacia per l'uccisione degli ascaridi, degli anchilostomi, ossiuri, tricocefali (2). Nei lavori degli studiosi americani il cloroformio era stato dapprima preso in esame e poi abbandonato anche perchè risultò tossico negli animali da esperimento (3). Con esso del resto si erano ottenuti buoni effetti anche da altri autori, come L. Rousseau (4) il quale trovò che i migliori mezzi contro l'infestione da anchilostomi sono il cloroformio a dosi di 4 g. ed il bromoformio a dosi di 3.

L'azione parassiticida del tetracloruro di carbonio non si esplica ugualmente su tutti gli elminti intestinali. Per quanto riguarda quelli dell'uomo, il tetracloruro è inefficace contro lo *Strongiloides,* poco attivo contro le tenie e solo, se associato col timolo, poco anche contro gli ascaridi, quasi inattivo contro il *Tricocephalus.* Con il suo uso si ha un'abbondante emissione di ossiuri, ma ne rimangono ancora molti nell'intestino. Assai efficace invece esso risulta contro gli anchilostomi sui quali eserciterebbe un'azione che sembra specifica. In considerazione di questa, esso è stato largamente provato in confronto di altri antielmintici. Le statistiche di Bais (5) danno che mentre con il chenopodio, si espelle il 71 % di anchilostomi, con il tetracloruro se ne espellono 95,7 %. Docherty ha ottenuto i risultati seguenti:

	Percentuale di vermi espulsi con i trattamenti:		
	I	II	III
Olio di chenopodio . . .	81,3	94,5	97,2
Timolo	84,2	94,9	97,4
Beta-naftolo	93,0	97,9	99,8
Tetracloruro di carbonio .	97,9	99,6	—

Secondo qualche autore (7) un solo trattamento basterebbe per espellere il 98 % degli anchilostomi ed a guarire il 90 % degli individui; tali dati sono stati raccolti in seguito ad esperienze fatte su 12.000 persone. Cooper e Vadala (8) hanno addirittura ottenuto il 100 % di guarigioni. Una prova comparativa dell'azione sui diversi vermi è stata fatta da Leach (9) sopra un condannato a morte; con la somministrazione del tetracloruro, vennero espulsi 55 anchilostomi, 4 ascaridi, 67 ossiuri; all'autopsia non si rinvennero nell'intestino nè anchilostomi, nè ascaridi, ma si trovarono 3.492 ossiuri e 32 tricocefali.

Anche su diversi vermi degli animali domestici il tetracloruro è efficace, specialmente sugli anchilostomi dei cani, gatti, delle pecore, sullo *Strongilus* del cavallo, sui vermi dello stomaco nelle pecore e nei bovini, sul *Nematodirus* delle pecore. Efficace è pure contro gli ascaridi dei cani, cavalli, gatti e porci (per questi è meno attivo che il chenopodio); è abbastanza attivo contro i tricocefali dei cani, bovini, ovini, mentre non ha nessuna azione sulle tenie e sugli ossiuri.

AZIONE SULL'OSPITE.

Dai numerosi esperimenti fatti sugli animali e sull'uomo risulta che la tolleranza è varia secondo la specie. Poco sensibili sono i polli che tollerano dosi fino a 20 cmc. per kg. I conigli sopportano bene fino a 5 cmc.; meno tolleranti sono i carnivori, specialmente i cani in cui la dose minima letale è di cmc. 1,5 per kg., dose non dissimile da quella per i porci, in cui la somministrazione del tetracloruro non è consigliabile per l'azione sul fegato. Assai sensibili sono i ruminanti, specie i bovini, in cui si sono avuti casi di morte con cmc. 0,88 per kg. Nei cani, gatti, conigli, volpi, la dose terapeutica è di cmc. 0,3 per kg. Da ricerche di Meyer e Pessoa (15) risulta che le alterazioni prodotte dalle dosi tossiche riguardano il fegato (con lesioni analoghe a quelle determinate dal cloroformio), e, tardivamente, il rene.

Nell'uomo il tetracloruro, se preso mescolato con il latte, lascia un sapore spiacevole in bocca, determina una leggera sonnolenza che persiste per qualche ora, dà talora eruttazioni con odore di tetracloruro e vomito. È quindi consigliabile di prenderlo in capsule gelatinose (dure perchè non si sciolgano troppo presto, nello stomaco). In tal modo, a dosi terapeutiche, determina tutt'al più senso di caldo allo stomaco; un leggero senso di malessere gastrico e di vertigine che non durano più di un minuto ed un po' di sonnolenza. Anche dosi di 10 cmc. (più del triplo di quelle terapeutiche) hanno dato solo leggera vertigine e nausea (9). Pochi sono i casi in cui si sono avute conseguenze spiacevoli; Lambert (10) riporta quello di un medico che ebbe sintomi riferibili a necrosi epatica (*sic*), però non gravi, che si dileguarono in 4-5 giorni. Due casi di intossicazione sono riferiti da Smillie e Pessoa (11) e riguardano l'uno un uomo di 24 anni, l'altro uno di 52, entrambi alcoolisti; in uno vi era anche cirrosi epatica ed arteriosclerosi. Essi, 36-60 ore dopo la ingestione di cmc. 1.5 del rimedio ebbero nausee, vomiti biliari, cefalea, febbre, dolori muscolari ed ossei, fegato dolente, urine con pigmenti biliari; i sintomi si dileguarono in pochi giorni.

Tre casi mortali sono riportati da Lambert (12) sopra 8000 individui trattati con una partita di tetracloruro che venne in seguito riconosciuta impura. Fra tali individui ve ne furono altri con sintomi gravi da cui si riebbero: i tre citati morirono in coma, con trisma e convulsioni. L'autopsia dimostrò che il fegato era aumentato di volume, gialliccio e con piccole e numerose emorragie; all'esame istologico si riscontrò necrosi della zona centrale ed intermediaria dei lobuli epatici. In altri 42.000 casi riferiti dallo stesso autore, non si ebbe alcun inconveniente.

Allo scopo di precisare l'azione del tetracloruro sull'organismo, vennero fatti diversi esperimenti sull'uomo, approfittando di condannati a morte a cui venne somministrato il rimedio, osservando poi, dopo l'esecuzione, le eventuali lesioni alla autopsia. Leach (9) non osservò alcuna lesione nel fegato di un condannato di cui l'esecuzione ebbe luogo 20 giorni dopo aver preso 12 cmc. del rimedio, mentre vide congestione del fegato in un altro che venne ucciso due giorni dopo. Nicholls e Hampton (13) invece non riscontrarono nessun segno di degenerazione. Docherty e Burgess (14) diedero 5 cmc. a due condannati e 8 ad un terzo; fra i due primi, il fegato risultò in uno normale, nell'altro con degenerazione granulare; nel terzo si aveva degenerazione grassa. Altri tre esperimenti del genere vennero fatti da Docherty e Nicholls (15) con 4 cmc. di tetracloruro. In un caso non si notò alcun cambiamento nè del fegato nè dei reni; in un altro, leggera degenerazione grassa del fegato, nel terzo si riscontrarono le cellule epatiche con globuli di grasso del diametro fino a 10 micron; globuli di grasso si rinvennero anche nei reni; milza ipertrofica da malaria. Nemmeno quest'ultimo individuo aveva mai manifestato in vita alcun sintoma riferibile alle lesioni riscontrate poi all'autopsia nel fegato; sembra dunque che la degenerazione grassa che può comparire in quest'organo sia, oltre che temporanea, anche compatibile con lo stato di benessere dell'individuo.

MODO DI SOMMINISTRAZIONE.

Smillie e Pessoa consigliano di fare alla sera solo un pasto leggero: di prendere al mattino a digiuno il tetracloruro (cmc. 0,13 per ogni anno di età; massimo tre cmc.) possibilmente in capsule gelatinose, dure, od altrimenti galleggiante su un cucchiaio di acqua. Due ore dopo, un purgante di solfato di magnesia; dopo altre tre ore si può fare una leggera colazione. Dosi non molto diverse prescrivono altri autori, consigliando in generale di non oltrepassare i tre cmc. negli adulti; la maggior parte poi ritiene inutile il purgante, tanto più che il tetracloruro ha anche un leggero effetto lassativo; sconsigliabile secondo alcuni è poi l'olio di ricino. *Usare sempre il prodotto puro!*

***

Da quanto sopra si è detto risulta che il tetracloruro di carbonio:

È innocuo e ben tollerato.

In confronto dei numerosi casi di morte o di gravi intossicazioni dati dall'olio di che-

nopodio e delle intossicazioni gravi ed anche mortali, per lo più ignorate, date dalla santonina che pure è di prescrizione tanto comune, i pochi casi di intossicazione da tetracloruro sono affatto trascurabili, tanto più tenendo presente che gli esperimenti sono stati fatti su larghissima scala e senza alcuna scelta degli individui. Anche i bambini, i febbricitanti, le donne gravide sopportano bene il rimedio.

È efficace. La sua azione sembra specifica contro gli anchilostomi e contro questi va quindi usato. Si deve tener presente però che gli esperimenti sono stati fatti in massima parte in regioni dove è prevalente il *Necator americanus*, specie che è meno resistente dell'*Ankilostoma duodenale*. Sarebbe opportuno che anche da noi, nelle località infestate da quest'ultimo, si ripetessero gli esperimenti allo scopo di controllare se i risultati dei precedenti osservatori sono applicabili da noi. È noto che l'olio di chenopodio, di cui pure si vanta l'azione vermicida, non ha dato, negli esperimenti fatti in Sicilia, alcun risultato.

È un composto chimico ben definito e quindi la sua azione non subisce variazioni dipendenti dalla composizione, ciò che avviene invece dell'olio di chenopodio, di cui il contenuto in principio attivo è variabile ed espone a sorprese. Il tetracloruro è inoltre ben conservabile indefinitamente, a differenza dell'olio di chenopodio.

Non abbisogna di cure preliminari, avendo la stessa azione se preso a digiuno o dopo i pasti; la quantità necessaria può essere presa in una sola volta e può anche tralasciarsi il purgante.

È di prezzo basso in confronto di altri antielmintici, costando esso ora in Italia L. 12 al kg. (624 cmc.), mentre il timolo costa L. 380; ancor più costoso è l'olio di chenopodio sul quale ci mancano notizie precise. Il fatto di dover prendere il tetracloruro in capsule gelatinose aumenta di poco il prezzo.

Queste ultime qualità e l'assenza di fenomeni spiacevoli, tale che l'individuo può continuare nelle sue occupazioni rendono il tetracloruro particolarmente adatto per la cura in grande di intere popolazioni, a scopo profilattico.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

(1) M. C. HALL. *Carbon tetrachlorid for the removal of parasitic worms especially hookworms.* Journal of amer. med. assoc. Vol. 77, 1922, 12 novembre.

(2) G. ALESSANDRINI. *Le malattie da parassiti animali negli eserciti combattenti.* Policlinico S. P., 1915, 20 giugno.

(3) J. A. ALLEN citato da Hall.

(4) L. ROUSSEAU. *Quelques observations relatives au traitement de l'ankilostomiase.* Bull. Soc. path. exot. 1922, 8 febbraio.

(5) W. J. BAIS. *Tetrachloorkoolstof als mijnwormmiddel.* Rif. in Tropic. diseases bull. marzo 1923.

(6) J. F. DOCHERTY. *Value of carbon tetrachlorid as an anthelmintic.* Journ. amer. med. assoc. Vol. 81, 11 agosto 1923.

(7) Rif. in HALL.

(8) T. A. COOPER e A. J. VADALA. *The treatment of hookworm disease by carbon tetrachlorid.* Milit. Surgeon, rif. in Trop. diseases bull., agosto 1923.

(9) C. N. LEACH. *Carbon tetrachlorid in the treatment of hookworm disease.* Journ. amer. med. ass. Vol. 78, 1922, pag. 1789.

(10) LAMBERT; rif. da SMILLIE e PESSOA (ved. num. 11).

(11) W. G. SMILLIE e S. B. PESSOA. *Treatment of hookworm disease with carbon tetrachlorid.* Amer. Journ. of Hygiene, gennaio 1923.

(12) S. M. LAMBERT. *Carbon tetrachlorid in the treatment of hookworm disease; observations on 50.000 cases.* Journ. amer. med. assoc. Vol. 80, 24 febbraio 1923.

(13) L. NICHOLLS e G. G. HAMPTON. *Treatment of human hookworm infection with carbon tetrachlorid.* British med. journ., 1 luglio 1923.

(14) J. F. DOCHERTY e E. BURGESS. *The action of tetrachlorid on the liver.* British med. journ. 11 novembre 1922.

(15) J. F. DOCHERTY e L. NICHOLLS. *Reports of three autopsies following carbon tetrachlorid treatment.* British med. journ., 27 ottobre 1923.

(16) J. R. MEYER e S. B. PESSOA. *Estados dos effectos toxicos do tetracloreto di carbono.* Brazil medico, 23 settembre 1922.

(17) M. KHALIL e J. SHAWKY. *Lamblial dysentery treated with carbon tetrachlorid.* Jour. of trop. med. and. hygiene, 15 settembre 1923.

Recenti riviste sintetiche sull'argomento sono le seguenti: M. C. HALL e J. SHILLINGER. *Miscellaneous tests of carbon tetrachlorid as an anthelmintic.* Estratto da Journ. of agricultural research, 20 gennaio 1923.

F. FÜLLEBORN. *Ueber tetrachlorklenstoff als Antihelminthikum.* Archiv. f. Schiffs-und Tropen-Hygiene, ecc., 1923, fasc. 8.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Sulla patogenesi degli stati algidi nel colera, nelle enteriti e nell'appendicite.

Su questo argomento il prof. Sanarelli in occasione della sua nomina a membro dell'Accademia di medicina di Parigi, ha fatto una comunicazione che viene pubblicata nel *Bull. de l'Académie de médecine*, n. 35, 1923. L'A. espone dapprima a grandi linee i risultati delle ricerche che egli continua da anni. Uno dei fatti da lui stabiliti è che i vibrioni colerici, da qualunque parte siano stati introdotti nell'organismo, si ritrovano infallibilmente, poco tempo dopo, nell'intestino, dove arrivano traversando il reticolo linfatico e la circolazione generale del sangue. In tali condizioni il tubo digerente acquista il significato di un organo di escrezione di prim'ordine; a traverso la mucosa intestinale i batteri penetrati in circolo, i rifiuti organici, vengono eliminati regolarmente. Nel caso poi dei microrganismi *enterotropi*, quali sono i bacilli tifici, paratifici, dissenterici, i vibrioni colerici, per la notevole loro affinità verso le pareti intestinali, si producono in queste delle lesioni più o meno gravi.

Le esperienze dell'A. hanno dimostrato che i vibrioni colerici non penetrano a traverso lo stomaco, ma raggiungono la circolazione generale a traverso l'anello linfatico della gola; arrivati così *a tergo* nell'intestino, se sono in numero scarso ed in individui naturalmente refrattarî, vengono eliminati senza portare disturbi; se sono in maggiore quantità, provocano una enterite, che può anche limitarsi ad una semplice diarrea. Ma il fatto dominante nel colera umano è l'algidità con tutto il corteo dei sintomi diversi, quali l'ipotermia, lo spasmo vascolare, l'ipotensione, le contrazioni muscolari, la nefrite iperacuta. Tale quadro l'A. ha potuto riprodurre sperimentalmente nella cavia con l'iniezione endovenosa, a dosi inoffensive, di un antigene di scatenamento, dopo che l'animale ha ricevuto una dose non mortale di vibrioni. In modo ancor più netto si riproduce il quadro nei conigli del peso di 1500-1800 g.; fatto importante è che il colera sperimentale non si riproduce se non in estate durante i forti calori. D'inverno non si ottengono resultati. Dopo 24 ore da un'iniezione endovenosa di vibrioni, se ne fa un'altra di una piccola quantità di filtrato di coli o di proteotossina; si ha allora la morte, o subitanea col quadro di uno *shock* anafilattico, oppure dopo diverse ore. In quest'ultimo caso la morte è preceduta da uno stato algido ed il quadro anatomico è quello di una enterite desquamativa con nefrite acuta e, spesso, con stato asfittico dei polmoni.

Il segno più saliente però è dato dalla caduta massiva degli epitelii di rivestimento di tutte le superfici mucose (tubo digerente, vescica urinaria, cistifellea), fatto a cui l'A. dà il nome di *epitalassia*. Costantemente poi si trova che il sangue è sterile, mentre nell'intestino si rinviene una quantità talora enorme di vibrioni, che provengono dalla sottomucosa; l'escrezione di vibrioni si osserva anche dalla mucosa bucco-faringea. Questa crisi di epitalassia può essere scatenata anche con l'iniezione di colibacilli e di stafilococchi aurei viventi nelle pareti dell'appendice vermiforme o del *sacculus rotundus*, che è un organo linfatico annesso all'intestino dei conigli; oppure può riprodursi iniettando i vibrioni nelle pareti dell'appendice o del *sacculus* e, 24 ore dopo, facendo l'iniezione endovenosa di colitossina.

Sono appunto queste esperienze che vengono a chiarire il meccanismo patogenetico con cui si scatena la crisi di algidità, cioè la comparsa dei sintomi più imponenti e caratteristici nell'uomo affetto da enterite vibrionica. L'antigene vibrionico sensibilizza e prepara l'organismo e, più specialmente, le pareti intestinali, dove i vibrioni si localizzano nella sottomucosa. Il processo enteritico che ne risulta risveglia e rende virulento ogni eventuale focolaio microbico latente o dormiente, di natura verosimilmente colibacillare, in qualche organo linfatico dell'apparato digerente. L'attivazione di questo focolaio provoca l'entrata in circolo di una nuova tossina, la quale agisce, a sua volta, come un antigene di scatenamento in un organismo già sensibilizzato dalla proteina dei vibrioni. Ne segue una reazione generale di natura umorale, analoga alle reazioni anafilattiche, con sintomi e alterazioni perfettamente simili ai fenomeni degli stati algidi. Questo collegamento di fatti spiega ancora la ragione per cui in individui enteropatici, cioè con focolai microbici preesistenti nel loro tubo digerente, l'infezione colerica acquista un carattere particolarmente grave e termina di solito con la morte. *fil.*

MEDICINA.

Sussidio fisiologico della cura di riposo nella tubercolosi polmonare.

(S. A. KNOPF. *Zeitsch. f. Tuberk.*, 1923, n. 5).

La cura di riposo nella tubercolosi polmonare, introdotta da Dettweiler, è stata in seguito integrata con altri procedimenti, quali il riposo locale ottenuto mediante fasciature

o corazze, il pneumotorace, a cui si sono aggiunte la toracoplastia ed il taglio delle aderenze, fatto da Jocobaeus sotto la guida del toracoscopio. Tutte queste indicazioni hanno il solo scopo di limitare i movimenti respiratorî del polmone ammalato e di metterlo in condizioni di poter riparare i processi di cui è sede. L'A., che si è già occupato di questo problema nel nostro giornale, richiama e completa le sue osservazioni. Egli rileva che gli animali a respiro più raro sono quelli a vita più lunga e meno attaccati dalla tubercolosi; il coniglio, p. es., che ha 55 respiri al minuto, è più resistente della cavia che ne ha 80-140; il cavallo, che degli animali domestici è il più resistente alla tubercolosi, respira 10 volte al minuto, mentre la vacca, più sensibile, respira 15-30.

L'A. ha fatto dapprima alcune esperienze sopra di sè, sforzandosi a fare il minor numero di respirazioni possibili, ed ha veduto che si può senza alcuno sforzo abbassare il numero dei respiri a 6 ed anche a 5 ed a 4 per minuto. Ha sperimentato poi sopra degli ammalati, rilevando che potevano senza incomodo ridurre i respiri da 24-30 a 10-6, continuando così per 1/2-1 ora e ripetendo l'esercizio più volte al giorno, avvertendo anzi un senso di benessere ed un evidente miglioramento delle condizioni polmonari.

Nessun inconveniente fisiologico può avverarsi con tale pratica, mentre il vantaggio risulta evidente quando si rifletta che soltanto abbassando il numero da 20 a 10 si risparmiano in 5 ore 3000 movimenti respiratorî. Se poi non si può ridurre il numero, l'ammalato potrà sempre fare un respiro superficiale e compierlo preferibilmente con le parti basse del polmone, usufruendo della respirazione diaframmatica; questa parte del metodo dell'A. è più facile da ottenere che non la diminuzione di frequenza, sicchè il paziente diventa un respiratore diaframmatico. Connesso con tale metodo è quello di Webb, Forster e Hauck, i quali trattano il tubercolotico facendolo riposare la notte sul lato ammalato ed ottenendone buoni effetti.

L'A. non insiste sui successi da lui ottenuti nè riporta statistiche, ma solo accenna ai casi già avanzati, con caverne e con i noti sintomi di intossicazione. Qualche settimana dopo l'inizio del trattamento si nota spiccata diminuzione della tosse, della febbre, dell'espettorato, ed i segni stetoscopici dimostrano una netta tendenza alla fibrosi. È bensì vero che un numero limitato di casi della pratica di un solo medico non può costituire la prova assoluta dell'efficacia, ma l'A. a null'altro intende che ad esporre il suo metodo, perchè altri lo provino e ne riferiscano spassionatamente i risultati. Questi saranno tanto migliori nei casi incipienti, specialmente se vi sarà connessa una cura di riposo all'aria libera e se verranno seguite le massime igieniche e dietetiche e la terapia sintomatica.

TECNICA DEL TRATTAMENTO.

All'inizio del trattamento l'ammalato starà sulla poltrona a sdraio o meglio sul letto con la testa un po' in basso. Si deve ottenere da lui la necessaria cooperazione, e perciò gli si faranno presenti i vantaggi della cura e lo si persuaderà che il metodo non può in nessun modo favorire le emottisi, anzi piuttosto tende a frenarle, poichè viene a limitare le escursioni respiratorie; può essere utile far bere una certa quantità di acqua (8 piccoli bicchieri al giorno) fra i pasti.

L'A. consiglia di istillare al malato l'idea che la respirazione debba incominciare dal pollice del piede destro, salire gradatamente fino al diaframma, poi passare a sinistra e scendere come espirazione fino al piede sinistro; l'ammalato in questo modo di rappresentarsi la respirazione comprenderebbe meglio il meccanismo del movimento del diaframma ed usufruirebbe delle parti inferiori del polmone, lasciando in relativo riposo quelle superiori, che sono la sede del processo. Per accertarsi che il malato ha compreso bene ciò che da lui si richiede, l'A. consiglia di metterlo seduto un po' pendente all'indietro e di ordinargli di seguire in certo modo col respiro l'indice destro del medico, il quale deve partire dal piede destro, salire fino ad arrivare al diaframma, fermarsi per 2-5 secondi e scendere per la parte sinistra; con la mano sinistra appoggiata alla parte superiore del torace il medico si accerterà che questa subisce movimenti limitati; si può anche limitare maggiormente tali movimenti quando l'ammalato è in posizione supina, mediante una cinghia od una fascia assicurata con delle spille. La respirazione diaframmatica viene facilitata mettendo un piccolo cuscino sotto la schiena subito sopra il bacino.

La riduzione nel numero dei respiri ha anche l'effetto di risparmiare il lavoro del cuore; diminuendo solo di 2-3 battiti al minuto si risparmiano in 5 ore 310-390 chilogrammetri; inoltre la respirazione diaframmatica ha il vantaggio di fare affluire molto sangue agli arti inferiori e specialmente agli organi addominali, venendone una certa quantità al fegato. Il metodo è bene applicabile anche alle donne, sebbene in esse la respirazione sia fisiologicamente in prevalenza toracica.

CONTROINDICAZIONI ED EFFETTI.

Come controindicazioni si possono considerare: l'insorgenza di dolori al diaframma, che possono anche essere riferiti ad aderenze pleurodiaframmatiche in conseguenza di pleurite recente; un'altra controindicazione è la rara localizzazione del processo tubercolare alla parte bassa dei polmoni, oppure l'insorgenza di tosse e gli stati enfisematosi. I migliori risultati si otterranno nei sanatori, dove fra l'altro l'ammalato trova in questo metodo un buon sistema per passare il tempo; ma esso è anche utile nella pratica privata, specialmente se il malato ha piena confidenza nel medico ed intraprende la cura con ardore e costanza; in tali condizioni l'A. ha veduto gradatamente diminuire la tosse tormentosa, la febbre, i dolori pleuritici.

Chi si è occupato di tubercolosi si deve essere convinto che la malattia non progredirebbe che in un numero limitato di casi se noi potessimo sottoporre il malato fin dallo inizio ad un riposo completo generale, associato con la limitazione dei movimenti del polmone affetto. Ora il pneumotorace, che pure dà effetti ottimi, non è applicabile in tutti i casi; il metodo di Jacobaeus e la toracoplastica evidentemente potranno usarsi solo in qualche caso speciale. Il procedimento fisiologico dell'A. può applicarsi in tutti gli stadi e, specialmente, se l'ammalato imparerà anche a tossire solo quando ha da espellere delle secrezioni, se ne trarranno sempre notevoli vantaggi.

FILIPPINI.

CHIRURGIA.

L'artroplastica delle articolazioni anchilosate.

(V. PUTTI. *Lyon Chirurgical*).

L'A. fa alcune considerazioni sull'argomento, basandosi sull'esperienza propria di 113 artroplastiche eseguite per anchilosi di varie articolazioni. Il primo quesito che si pone è quello delle indicazioni e controindicazioni. Per alcuni casi le indicazioni sono assolute: articolazione temporo-mascellare; anchilosi bilaterale dell'anca; anchilosi in estensione del gomito; anchilosi che colpiscono più articolazioni di uno stesso arto. Per le altre anchilosi l'indicazione dipende da molteplici elementi.

1) *Stato generale* del malato, *età, condizioni mentali e posizione,* che devono garantire il più possibile l'esito dell'operazione, che è di elezione. L'artroplastica, difatti, non è indicata nè nei bambini, nè nei vecchi; l'età più propizia è dai 20 ai 50 anni. Richiede, inoltre, una collaborazione attiva e intelligente del soggetto, che deve avere anche la possibilità finanziaria di un lungo periodo di cure post-operative.

2) *Etiologia, patogenesi, stato anatomico, durata dell'anchilosi.* Le anchilosi post-traumatiche sono quelle che si prestano meglio; nei riguardi di quelle consecutive ad artriti infettive, si interviene con vantaggio in quelle consecutive ad artriti acute, purchè ogni fatto infettivo sia estinto e potrà considerarsi tale se sia trascorso almeno un anno dalla scomparsa assoluta di dolorabilità dell'articolazione. È bene non intervenire in quelle consecutive a forme tubercolari, nelle quali l'anchilosi deve essere considerata come l'esito migliore; lo stesso dicasi in casi di artrite anchilosante progressiva.

L'anchilosi dopo ferite di guerra deve essere considerata a parte: nelle forme consecutive a prolungata immobilizzazione dell'arto, come per es., anchilosi del ginocchio per frattura esposta del femore, l'artroplastica è senz'altro indicata. Nelle forme consecutive a ferite infette dell'articolazione si deve essere sicuri della estinzione completa del focolaio infetto: le ferite devono essere ben cicatrizzate, le fistole chiuse, nessuna traccia di edema, di sensibilità o di dolore, costatazione radiografica di assenza di sequestri e di corpi estranei; nessuna reazione al massaggio, aria calda o ginnastica. In genere si devono attendere degli anni, senza temere che un'attesa troppo lunga possa nuocere alla funzionalità dei muscoli. Queste le indicazioni generali; nei riguardi di ciascuna articolazione possiamo dire, oltre i casi già accennati come di necessità: che nel gomito si devono operare anche le anchilosi ad angolo retto, che nella spalla solo raramente si deve intervenire perchè i movimenti dell' articolazione sono facilmente suppliti da quelli delle vicine. L'anchilosi del polso deve essere operata solo se la mano è fissata in flessione e buoni risultati si possono avere per quelli delle dita. Nell'anchilosi unilaterale dell'anca l'artroplastica può essere proposta se l'articolazione è fissata in posizione viziosa e vi sia ragione di eliminare l'osteotomia sottotrocanterica. Nell'anchilosi bilaterale è meglio operare un solo lato.

Nei casi di anchilosi del ginocchio l'A. pensa si possa operare con vantaggio, purchè si abbia la necessaria esperienza operatoria e si abbiano indicazioni precise.

Per la tecnica operatoria l'A. dà alcune regole generali.

1) L'incisione deve permettere un'esposizione completa dell'articolazione senza ledere le parti che presiedono alla mobilità e alla statica.

2) Nel fare la resezione si deve dare all'epifisi una forma appropriata alle sue funzioni, pur togliendo una quantità di osso sufficiente a creare un largo spazio interarticolare che permetta un ampio movimento senza pressione (almeno 1-2 cm.). Si deve togliere anche accuratamente il tessuto cicatriziale che rappresenta per lo più la capsula degenerata.

3) Si devono ricoprire le epifisi di una sostanza destinata a evitare il contatto fra le due superfici ossee. L'A. adopera lembi aponeurotici liberi presi dalla fascia lata.

4) La ricostituzione dell'articolazione deve essere realizzata conformemente ai principî anatomici e con la più grande minuzia. L'A. non drena mai.

Le cure post-operatorie. L'articolazione è immobilizzata in una doccia gessata in semiflessione, ponendo una trazione sul frammento distale per mantenere la distanza fra le superfici articolari, trazione che deve rimanere in situ un mese circa. Si inizieranno i primi movimenti passivi, compiuti dall'ammalato stesso, mai prima del 10° giorno. A ferite chiuse si inizia una cura di aria calda, che si continua per più mesi. La cura meccanica si inizia non prima del ventesimo giorno; i primi passi per gli arti inferiori non prima del trentesimo.

È da notarsi che ogni artroplastica ha un periodo critico circa un mese dopo l'operazione: l'articolazione diviene un po' dolorosa e rigida; non ci si deve troppo preoccupare: ciò è conseguenza del processo di assestamento dell'articolazione e, talvolta, di un esercizio esagerato. Si sospende per qualche giorno la cura di aria calda, poi si possono riprendere gradualmente i movimenti.

Prognosi e risultati. Se si considerano le statistiche esistenti si vede che la prognosi della artroplastica si migliora a mano a mano che la tecnica operatoria si perfeziona e che il criterio delle indicazioni si precisa. E dalla sua esperienza l'A. conclude che l'artroplastica è un intervento degno della più grande fiducia e che assicura reali vantaggi funzionali al malato. Difatti l'artroplastica permette di creare delle articolazioni, il cui valore funzionale può, in alcuni casi, uguagliare quello di un'articolazione normale. Queste articolazioni sono capaci di sopportare per lunghi anni il lavoro dei mestieri più gravi. L'A. è convinto che il miglior metodo di artroplastica è quello per *interposizione*, che egli preferisce a lembi liberi di fascia lata.

Quanto alla prognosi per ciascuna articolazione trova nelle sue statistiche la scala seguente: gomito, ginocchio, mascellare, anca.

La mortalità è minima: l'A. ha perduto 2 su 113 ammalati. G. MATRONÒLA.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

"Cuore e Vasi".

Ci è grato di riportare il programma con cui si presenta per il 1924 questo periodico, che continua le «Malattie del Cuore e dei Vasi» (direttore: prof. V. Ascoli; editore M. Pozzi):

La cardiologia sotto la spinta delle nuove dottrine e con l'ausilio dei nuovi metodi d'esplorazione è giunta al rinnovamento della clinica ed ha esteso i suoi progressi alla terapia nonchè alla profilassi delle malattie del circolo, all'igiene del lavoro e all'allenamento sportivo.

L'interesse per la cardiologia s'è generalizzato e s'è fatto più intenso.

Da ciò il sorgere e l'affermarsi di giornali specializzati presso tutte le nazioni civili.

Anche il nostro periodico *Cuore e Vasi* ha beneficiato di questo stato di coscienza, ed ha notevolmente guadagnato in diffusione.

Lo sviluppo della cardiologia da un canto e il cresciuto favore dall'altro impegnano noi a sempre migliorare l'organismo del nostro periodico.

Nelle memorie originali avranno posto argomenti di ogni campo della cardiologia, dal fisiologico al farmacologico, al clinico, al sociale, purchè trattati con precisione di metodo e serietà di giudizio. È ovvio il vantaggio che chi lavora avrà dal prescegliere il nostro periodico: vedrà l'opera sua rapidamente e largamente resa nota fra tutti gli studiosi di circolazione in Italia e nel mondo intero.

Perchè i nostri lettori sieno informati di tutto il movimento cardiologico abbiamo cresciuto il numero dei Redattori e abbiamo curato una più intensa e meglio affiatata collaborazione. Le riviste sintetiche e critiche su gli argomenti più discussi saranno frequenti. Di tutti i lavori comparsi sia in periodici specializzati sia in giornali generici sarà dato conoscenza, o con larghi riassunti che risparmino a chi legge il lavoro di ricercare l'originale o con brevi accenni che espongano soltanto le conclusioni.

In tal guisa il giornale *Cuore e Vasi* metterà assiduamente e completamente a giorno i suoi lettori dell'evoluzione della nuova e attraente disciplina.

Per corrispondere adeguatamente ai suaccennati propositi, abbiamo ottenuto dal largo spirito di iniziativa del nostro Editore che venisse aumentato il numero delle pagine d'ogni fascicolo mensile.

Il periodico *Cuore e Vasi* entra dunque nel suo VIII anno rinnovato e ingrandito, ma sopratutto irrobustito da una Redazione capace di affrontare i nuovi compiti assunti dalla cardiologia.

Confidiamo che i nostri sforzi siano compensati dall'interessamento degli studiosi italiani.

LA DIREZIONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Dott. FURIO TRAVAGLI. *La moderna lotta contro le malattie sessuali* (con 15 figure intercalate nel testo, pag. VIII-112). Prefazione del prof. A. MORSELLI. — Casa Editrice Luigi Pozzi, 1923 - Roma. Prezzo L. 10.

La collezione delle monografie medico-chirurgiche di attualità, pubblicate dalla Casa editrice Luigi Pozzi di Roma, si è arricchita recentemente di questo nuovo volumetto che ben volentieri segnaliamo ai lettori del nostro giornale perchè l'intento, che l'A. si è prefisso, di esporre in forma chiara, sobria e corretta, i problemi che si riferiscono alla prevenzione delle malattie veneree, ci sembra completamente raggiunto.

Tre parti compongono il volume. Nella prima sono descritti gli organi della riproduzione ed il meccanismo della riproduzione umana; nella seconda sono descritte brevemente le malattie veneree con due capitoli sull'evoluzione patologica e la cura della sifilide; la terza infine è dedicata alla igiene ed alla profilassi delle malattie sessuali.

Quest'ultima parte, che è la più importante, è quella a cui l'A. ha dato più ampio svolgimento; tratta della diffusione delle malattie sessuali, della prostituzione in rapporto con le malattie stesse, dell'educazione e dell'igiene sessuale, della profilassi di queste infezioni (in special modo della profilassi della sifilide), del certificato prematrimoniale, e della profilassi celtica di Stato nel momento attuale.

Alla fine del lavoro è riportato per intero il nuovo regolamento sulla profilassi della sifilide e delle malattie veneree.

L'A., che si mostra profondo conoscitore di tutte le questioni che si connettono al problema sessuale, si dichiara fautore del certificato prematrimoniale e, con qualche riserva e non senza qualche lieve contradizione, di un sistema liberale nei riguardi della sorveglianza sul meretricio. Ma, a parte queste che possono essere idee generali con cui forse non tutti gli studiosi del grave argomento saranno consenzienti, il libro del Travagli si raccomanda per l'ordine e la chiarezza dell'esposizione e sopratutto per la forma corretta con cui sono svolti questi argomenti piuttosto scabrosi, sì da meritare l'augurio della più larga diffusione non solo fra i medici, ma in mezzo ad ogni categoria di lettori. Buone le figure intercalate nel testo ed ottima, sotto ogni rapporto, l'edizione.

V. MONTESANO.

Prof. C. D. MARTELLI. *La sifilide ignorata e strana.* Vol. in-8 di pag. 648-XXIII, con 24 tavole in nero e a colori. Edit. V. Idelson, Napoli. Prezzo L. 50.

In questo libro, nuovo per contenuto e per forma, vengono accuratamente raccolte e descritte le varie sindromi strane e poco note con le quali si suole spesso manifestare la sifilide. Si tratta di forme che decorrono per anni ed anni misconosciute o del tutto ignorate, arrecando non di rado danni gravi ed irreparabili.

Svelare tali forme, fissandone le caratteristiche cliniche e biologiche, è opera di grande valore scientifico e clinico, perchè mette il medico in condizioni di intervenire opportunamente in ammalati che trascinano per lungo tempo le loro sofferenze da un medico all'altro, tentando le più svariate cure senza alcun vantaggio.

La descrizione clinica e lo studio patogenetico delle singole forme di sifilide ignorata e strana, la loro diagnosi, prognosi e terapia è opportunamente preceduta da una parte generale sulla moderna biologia della sifilide, in cui sono analizzate le cause, approfonditi i metodi diagnostici, indicati i numerosi ed efficaci metodi di terapia, ecc.

Il volume risulta così un manuale completo sulla sifilide tale da competere con i migliori manuali del genere che ci vengono numerosi dall'estero.

La forma chiara e piacevole, le numerose ed artistiche figure, i diversi indici alfabetici che agevolano il compito del lettore, l'edizione quanto mai accurata ed elegante, accrescono pregi al libro, che con vero diletto e profitto può essere letto, non solo dal medico, ma anche dal profano. G. C.

L. BIZARD. *Conférences sur les maladies vénériennes.* Un vol. in-16° di 116 pag., II ediz., A. Maloine edit., Parigi, 1923. Prezzo Fr. 5.

Il piccolo libro, scritto da un profondo conoscitore dell'argomento, si dirige ai giovani per dar loro le nozioni fondamentali sulle malattie veneree, metterli in guardia contro i pericoli e dare i consigli pratici per evitarle ed eventualmente curarle. Molto interessanti sono i capitoli riguardanti i pregiudizi sulle malattie veneree, il modo con cui ci si infetta, la prostituzione a Parigi. Fra i mezzi di preservazione non viene fatta menzione delle pomate al calomelano. Dopo la descrizione delle tre malattie veneree, l'A. esamina la responsabilità dei venerei e termina con delle considerazioni morali, che consigliano la castità. *fil.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sul meningismo tifoso.

Accanto ai sintomi cerebrali del tifo, si osservano alle volte fenomeni meningei, che possono anche mentire il quadro di una vera meningite e solo le ricerche siero- e batteriologiche possono stabilire una diagnosi precisa. Il nome di meningismo è stato dato appunto perchè non si trovano lesioni anatomiche a base di tali fenomeni. Compaiono questi di solito nei bambini o nei giovani nella terza settimana od anche dopo lo sfebbramento, ma possono anche verificarsi all'inizio; allora la febbre che va aumentando rapidamente, la cefalea e gli altri sintomi cerebrali rendono difficile la diagnosi. La durata dei sintomi è varia, in alcuni di pochi giorni, in altri anche di settimane. Si osservano i soliti segni della meningite; rigidità nucale e vertebrale, Kernig, vomiti, opistotono, iperestesia cutanea, trisma. Il contegno psichico varia; talvolta completamente apatico, tal'altra il malato si interessa a quanto lo circonda; possono aversi fenomeni paralitici, disturbi della parola che conducono all'afasia. Generalmente però, come osserva A. von Torday (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 2 agosto 1923) i sintomi non sono così netti e così duraturi come nella vera meningite; oggi si osserva, p. e., la rigidità nucale che all'indomani è scomparsa; inoltre, al contrario della meningite, il polso è più frequente, anzi si ha alle volte una vera tachicardia. Il *liquor* sgorga sotto notevole pressione, con aspetto di acqua di roccia, povero di elementi, con le reazioni di Nonne-Appelt e Pandy negative; di solito sterile, ma in qualche caso contiene bacilli tifosi, che possono anche produrre una vera meningite purulenta, di estrema rarità.

I sintomi meningei, la pressione elevata, i disturbi funzionali da parte dei nervi della base, come pure l'afasia dipendono probabilmente da fini lesioni che sono suscettibili di retrocedere. I sintomi, che all'inizio appaiono chiari, vanno in seguito dileguandosi, sicchè il quadro meningeo svanisce; la diagnosi si fonda essenzialmente sulla puntura lombare, la quale ha anche un buon effetto terapeutico, se ripetuta frequentemente. *fil.*

Meningite sifilitica acuta giovanile.

Era noto da tempo il fatto che un trattamento antiluetico talora giovava nelle meningiti acute giovanili.

Boisserie-Lacroix (*Gazette Hebdomad. des Sciences Méd.*, 1923, pag. 66), riporta due casi, ad andamento molto simile, nei quali, dopo un periodo acuto di circa un mese con sintomi meningei spiccati e febbre, questi scomparvero per ricomparire di tanto in tanto. La R. W. era negativa nel sangue e nel liquor. Il liquor usciva a pressione aumentata, presentava più albumina e meno zucchero del normale, un aumento dei linfociti, ed era innocuo per la cavia. Dopo una cura di frizioni mercuriali i giovani pazienti si rimisero. Dopo qualche tempo la R. W. fu leggermente positiva, e quindi fu istituito per alcuni mesi un trattamento antiluetico.

L'A. richiama l'attenzione sull'inutilità delle reazioni di laboratorio in simili casi. DORIA.

Meningite tubercolare latente.

Talora una meningite tubercolare si sviluppa in modo apparentemente rapido dopo una puntura lombare in soggetti con carie spinale.

Vedel, G. Giraud e Simeon (*Bull de la Société des Sciences méd. de Montpellier*) descrivono il caso di un tranviere che caduto a terra, senza battere la testa, perdè la coscienza, e non la riacquistò più. Si manifestarono segni di meningite, nel liquor vi erano 100 linfociti per cc. e un'iperalbuminosi. La R. W. fu negativa. Il paziente si sentiva indisposto da vario tempo, con debolezza e dolore frontale: all'esame fisico presentava i segni di una tubercolosi polmonare. Dopo tre giorni morì; all'autopsia si trovò una meningite tubercolare ad un tubercoloma grande quanto un fagiolo nel lobo frontale destro, aderente alla pia madre. DORIA.

Trattamento della vertigine.

Il trattamento della vertigine dipende da una diagnosi sicura; per arrivare a questa occorre dapprima prendere in esame il tubo digerente, l'orecchio, la vista, le intossicazioni; eliminati tali fattori, si passerà al sistema circolatorio e nervoso; in tal caso la gravità è maggiore; più raramente la vertigine è dovuta a traumi od a stati fobici.

Tubo digerente. La causa più frequente è data dalle dispepsie ipersteniche con costipazione; in esse giovano i preparati bismuto-magnesiaci: Magnesia idrata g. 1,50; Sottonitrato di bismuto, Zucchero ana gr. 1; da prendere in un mezzo bicchiere di acqua 1/2 ora prima dei pasti; continuare per un paio di

mesi, aumentando o diminuendo la quantità di magnesia. Anche i grandi mangiatori con stomaco grosso hanno spesso vertigini; si darà al mattino a digiuno una macerazione di quassia (g. 1,50 in 1/2 bicchiere di acqua e, prima dei pasti, VI gocce di tintura di noce vomica ed un cucchiaio da frutta della seguente pozione: Solfato di stricnina cg. due; Sciroppo di menta g. 200; continuare per 10 giorni e riprendere in seguito. Pillole aloetiche contro la costipazione).

Orecchio. Ogni lesione dell'orecchio esterno, medio, interno è suscettibile di provocare vertigine. Si esaminerà dapprima l'orecchio esterno, levando con un getto di acqua tiepida l'eventuale cerume; si prescriverà il bromidrato di chinino in pillole di 5 cg. due volte al giorno per 10 giorni. Nei 10 giorni seguenti si darà l'adrenalina (XX gocce al giorno) o il cloridrato di pilocarpina cg. 20 in 10 cmc. di acqua distillata: III gocce prima dei pasti del mattino e della sera, aumentando fino a V e X; durata 10 giorni. Se il trattamento è inefficace, inviare il malato dallo specialista; talvolta sono utili la puntura lombare, la d'arsonvalizzazione, la galvanizzazione.

Vista. Le vertigini dovute a disturbi visivi sono frequenti e dipendono da vizî di refrazione o di motilità; inviare il malato dallo specialista.

Intossicazioni. Può trattarsi dell'alcool, del tabacco, dell'ossido di carbonio; a questo si penserà nel caso di ambienti scaldati con apparecchi difettosi. Qualche volta sono in causa dei medicamenti (chinino, salicilato di sodio); nei renali l'intossicazione uremica.

Disturbi circolatori. L'ipertensione arteriosa, le anemie, le emorragie possono dare vertigini e così pure il polso lento permanente; il trattamento è causale.

Malattie del sistema nervoso. Le cause più frequenti sono l'ateroma e la sifilide cerebrale; S. R. (*Journal del praticiens*, 28 luglio 1923) mette però in guardia contro la facilità di concludere per l'ateroma nelle vertigini di individui d'età, mentre può trattarsi anche in tal caso di vertigine gastrica in cui gli jodici sarebbero dannosi. I tumori endocranici, la sclerosi a placche, la demenza paralitica sono altrettante cause di vertigine.

La vertigine dei traumatismi e delle trapanazioni craniche si attenua con i bromuri (3-4 grammi al giorno), i lassativi ed un regime alimentare severo. Quella dei fobici è ostinata: in essa i medicamenti esercitano un'azione relativa e subordinata alla suggestione.

fil.

La cura delle vertigini con l'adrenalina.

Barbazan (*Revue de laringologie, d'otologie et de rhinologie*, aprile 1923) ha sperimentato la terapia adrenalinica in due casi di morbo di Menière. Ha somministrato l'adrenalina per via gastrica, ed in capo a cinque settimane ottenne un miglioramento notevole dei disturbi vertiginosi.

Per ottenere il risultato desiderato conviene somministrare dosi piuttosto generose: venticinque gocce due volte al giorno, a distanza dai pasti.

d.

L'azione antispasmodica del cloruro di calcio.

Il cloruro di calcio si va dimostrando un sussidio sempre più efficace nella terapia sedativa, antispasmodica. Sembra che i calcioioni posseggano un'azione moderatrice su i centri nervosi. Pic e Bonnamour (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 agosto 1923) hanno studiato le diverse applicazioni di questo medicamento.

Nell'epilessia si dimostra un'arma potente, specie in combinazione con i bromuri e con il tartrato borico-potassico. Nei periodi interaccessionali si dimostra efficace anche per via orale; e somministrato per via endovenosa durante lo stato epilettico, negli accessi subentranti ed anche negli equivalenti psichici dà risultati sorprendenti.

Dalla somministrazione di cloruro di calcio si sono ottenuti effetti sedativi anche nel tetano, nella tetania, nello spasmo della glottide, nella laringite stridula, nell'eclampsia infantile e nell'asma.

Anche nella diarrea e nei vomiti dei tubercolotici si sono avuti successi dall'iniezione endovenosa di cloruro di calcio.

Il cloruro di calcio, come si è accennato, può somministrarsi per via orale e per via endovenosa: le iniezioni sottocutanee non sono consigliabili perchè molto dolorose e capaci di produrre escare.

Per via orale non si possono prescrivere le cartine o le pillole perchè il cloruro di calcio è molto deliquescente. Si adopera la soluzione di cloruro di calcio cristallizzato chimicamente puro in acqua distillata con aggiunta di sciroppo di menta e di corteccia d'arancio per mascherare il sapore amaro. La dose giornaliera è di 2-4 grammi.

Nelle crisi convulsive del tetano quando v'è trisma, o quando è necessaria un'azione rapida, si deve ricorrere alla via endovenosa. Silvestri consiglia di iniettare 100-150 cmc. di soluzione all'1 %, ma si può adoperare senza inconvenienti la soluzione al 3 % iniettandone 30 o 40 cmc., ripetendo in caso di bisogno per

cinque o sei giorni di seguito. Pic ha anche iniettato 10, 20 ed anche 30 cmc. di soluzione al 5 %. È indispensabile che il sale sia di una purezza assoluta. È utile poi continuare la cura per via orale. *d.*

Il calcio nel trattamento della cefalea nervosa.

C. Baastrup (*Ugeskrift for Laeger*, 1923, pagina 75) ricorda che nella cefalea cronica o ricorrente è spesso utile il lattato di calcio. Ne somministra tre grammi al giorno, in tre volte, per 10-20 giorni, e ripete eventualmente il trattamento con intervalli sempre più lunghi tra un periodo e l'altro.

Il calcio è rimedio di scelta nella cefalea che accompagna il morbo di Quinke, ma è da provare anche quando non vi sono edemi. Sarebbe molto utile specialmente nella cosiddetta cefalea linfatica, che si accompagna ad alterazioni sanguigne (diminuzione di coagulabilità, ecc.); tale cefalea, nei soggetti predisposti può essere provocata dall'acido citrico.

A. Tofte (ibidem, p. 27) ne riferisce un caso.

DORIA.

L'alcoolizzazione locale in terapia.

L'alcool a 90° ha la proprietà di distruggere i ramuscoli nervosi senza alterare i tessuti vicini quando l'iniezione è fatta in certe condizioni e lontano dai vasi. Lo si usa nella lussazione recidivante della mandibola, nell'ischialgia, nella ragade anale, nel prurito localizzato.

Ischialgia e lombalgia. Si usano di solito due cmc. che si iniettano ad una certa distanza dal nervo, profondamente in vicinanza della grande incisura ischiatica e del solco ischiotrocanterico; nella stessa seduta, si ripete l'iniezione in punti vicini, in modo da introdurre complessivamente 10 cmc. nella regione glutea e nella parte superiore della coscia. L'azione sedativa locale può essere rinforzata usando una piccola quantità di analgesina o 10 cg. di antipirina per ogni cmc. di alcool. L'iniezione è leggermente dolorosa, ma il dolore cessa in due-tre minuti; nei pazienti pusillanimi, si può fare l'iniezione locale di qualche cmc. di novocaina a 1 %. Le iniezioni di alcool possono ripetersi ogni tre-quattro giorni fino a guarigione.

Per la *ragade anale*, J. A Sicard (*Archivos de medicina, cirugia y espec.*, 13 gennaio 1923) consiglia di introdurre dapprima un tampone cocainizzato nell'ano, e di iniettare in seguito qualche cmc. di soluzione di novocaina nel tessuto cellulare retrorettale, al di sotto della ragade senza però perforarne il fondo; senza spostare l'ago, si introduce un cmc. di alcool a 50°; di solito all'indomani i dolori sono scomparsi. Non tutte le ragadi anali possono trattarsi in tal modo; il metodo è conveniente per le ragadi basse, operabili sotto il controllo della vista; non si deve usare alcool concentrato, nè quantità maggiori di quella indicata, altrimenti si corre il rischio di provocare sfacelo dei tessuti.

Nel *prurito localizzato* si anestetizza la regione con iniezioni di novocaina e si inietta l'alcool a 60° nel tessuto cellulare, evitando di introdurlo nel derma, chè altrimenti si provocherebbe lo sfacelo. *fil.*

La cura della paralisi facciale.

La paralisi facciale reumatica è tra le affezioni che d'ordinario volgono spontaneamente a guarigione in tempo più o meno breve, in media un mese o poco più.

In rapporto alla causa della paralisi conviene raccomandare all'infermo di tenersi lontano dalle cause reumatizzanti, come il freddo-umido e le correnti d'aria.

È consigliabile tener protetta la faccia paralizzata con ovatta ricoperta da caoutchouc laminato. A scopo di rivulsione si possono fare frizioni dietro l'orecchio e sulla faccia con la seguente pomata:

Balsamo del Fioravanti . . . . gr. 130
Essenza di trementina . . . . . » 20

Internamente si può prescrivere:

Fosfuro di zinco milligr. 5 per una pillola; due al giorno e per 10 giorni.

Successivamente può somministrarsi la stricnina.

L'elettroterapia non è necessaria; per lo più vi si ricorre per abitudine o per cedere alle insistenze degli infermi. Vi si ricorrerà solo quando la paralisi dura oltre la media ed in ogni caso si adopererà con prudenza per non fare insorgere contratture. *d.*

La terapia della emicrania nella donna.

Si ammette che l'emicrania stia in rapporto con una disfunzione dell'ovaio; da ciò la necessità di ricorrere anzitutto alla cura locale, quando si possa riconoscere come causa una coforo-salpingite. Buoni risultati però possono anche ottenersi con spennellature della mucosa nasale. O. Tigges (*Deutsche med. Wochenschrift*, 25 maggio 1923) usa da tempo con buoni effetti la miscela di Fliess-Koblanck, composta con: Cloridrato di cocaina g. 0,5; Adrenalina (1 ‰) g. 1; Acqua distillata q. b. per 10. Si avvolge un po' di cotone attorno ad una pinzetta, lo si bagna nella soluzione e, tenendo alzata la punta del naso, si spennella la mucosa nasale visibile, ripetendo la manovra 2-3 volte la settimana e sospendendola durante le mestruazioni. La durata del trattamento è in media di quattro mesi. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulle funzioni delle paratiroidi.

La teoria dell'influenza delle paratiroidi sul metabolismo del calcio è stata variamente criticata e combattuta. Recenti studi di H. A. Salvesen (rif. in *Journal of amer. med. Assoc.*, 25 agosto 1923) dimostrano l'importanza delle paratiroidi nel mantenere costante la quantità del calcio nel sangue e l'influenza che esse così esercitano non solo sui tessuti muscolari e nervosi, ma su tutto l'organismo. L'A. ha ottenuto il ristabilimento di cani paratiroidectomizzati mediante il trattamento col calcio e non già per funzione compensatoria di altre ghiandole; tutti i sintomi sparivano e l'animale si ristabiliva con l'iniezione endovenosa di cloruro di calcio. I sintomi riapparivano dopo qualche tempo, ma non fino a che la quantità del calcio aveva raggiunto un livello assai basso. Il calcio iniettato viene rapidamente eliminato per l'intestino e solo una piccola quantità compare nelle urine; in generale anche dosi elevate scompaiono rapidamente. Ciò spiega la difficoltà di preservare gli animali paratiroidectomizzati con l'iniezione di sali di calcio. L'influenza favorevole del latte è da attribuirsi al suo alto contenuto in calcio, corrispondendo ad una soluzione a 1 % di lattato di calcio.

La diminuzione del calcio sanguigno che è tanto minacciosa e così difficile da combattere sarebbe da attribuirsi all'abbassamento della soglia per l'escrezione del calcio nell'intestino. Questo elemento sfuggirebbe letteralmente dal sangue e verrebbe perduto per l'intestino; da ciò la deficienza del calcio e tutti i sintomi ad essa legati. Le paratiroidi fornirebbero un ormone che servirebbe a prevenire l'illimitata escrezione del calcio a traverso l'intestino. Questa permeabilità intestinale esagerata potrebbe forse venire modificata in un modo o nell'altro mediante la dieta. *fil.*

NOTE DI TECNICA.

Una causa d'errore nell'osservazione dei preparati di sangue a goccia spessa.

J. H. Sinton (*Indian Journ. of Med. Res.*, 1922, ott., p. 592) mette in guardia contro possibili errori nella lettura dei preparati di sangue a goccia spessa allestiti per la ricerca dei parassiti malarici. L'A. rimase sorpreso un giorno di trovare parassiti in tutti i preparati fatti in tal guisa, mentre sugli strisciamenti il reperto era negativo come, d'altronde, era da aspettarsi trattandosi di sangue prelevato ad individui sufficientemente chininizzati.

Le forme visibili in quei preparati, e che sembravano parassiti malarici, si presentavano come masse di protoplasma colorate in azzurro contenenti una massa rossa cromatinica, ma erano senza pigmento; sembravano forme di terzana benigna o di quartana a un grado discreto di sviluppo, ma non si vedevano forme ameboidi e la massa cromatinica era più arrotondata e più compatta di quella che si vede nei parassiti malarici.

Dalle indagini fatte risultò che si trattava di protofiti, ciliati e flagellati, contenuti nell'acqua distillata che era stata usata per l'emolisi delle goccie di sangue, i quali erano stati trattenuti sul vetrino dalla fibrina e fissati poi dall'alcool metilico.

In quel giorno era stata adoperata acqua distillata di vecchia preparazione.

L'A. consiglia quindi, quando si facciano tali ricerche in regioni tropicali, di adoperare acqua distillata di recente preparazione contenuta in recipienti ben puliti, dove l'acqua venga rinnovata di frequente previo lavaggio della bottiglia con alcool assoluto. Sopratutto per evitare la scoperta di nuovi parassiti protozoari sugli strisci di sangue o di organi! *samp.*

IGIENE.

Le misure contro il pericolo delle ostriche.

L'ostrica, oltre ad essere un cibo da raffinato buongustaio, è un alimento di primo ordine per la sua eccezionale ricchezza in vitamine, delle quali altre vengono portate dal succo di limone che si usa per condirle. Questi vantaggi sono controbilanciati dal pericolo che le ostriche presentano di trasmettere la tifoide e non sono rari i casi in cui tale mezzo di trasmissione è stato accertato. Si impone quindi una sorveglianza sulla produzione e sulla vendita di tali molluschi. In Italia abbiamo disposizioni che risalgono al 1899 e che disciplinano soprattutto l'allevamento e la introduzione dall'estero. In Francia è stato pubblicato recentemente in materia un decreto presidenziale. Esso stabilisce anzitutto, al pari delle disposizioni vigenti da noi, che le ostriche potranno essere vendute o spedite solo da stabilimenti riconosciuti salubri e sottoposti ad ispezioni periodiche. Vengono quindi regolamentate le condizioni di trasporto e di vendita per le quali le ostriche, pure provenienti da parchi sani possono essere rese insalubri. A tale scopo sono proibiti: 1) l'innaffiamento e la lavatura delle ostriche con acqua di mare impura, quale è quella dei porti o con acqua dolce non potabile, quale è quella che proviene da fiumi, canali, in cui si

versano le acque domestiche, oppure con acqua anche potabile, ma a cui sia stato aggiunto del sale da cucina impuro, che si usa per la conservazione od il trasporto del pesce; 2) il raffreddamento e la conservazione con ghiaccio inadatto all'alimentazione; 3) il deposito dei sacchi o panieri contenenti le ostriche lungo le strade od in altri luoghi in cui siano esposti ad inquinamenti; 4) l'apertura delle ostriche mediante strumenti non puliti; 5) la lavatura delle ostriche aperte; 6) la conservazione delle ostriche distaccate dalla conchiglia in acqua impura. Vi è inoltre la disposizione che vieta l'introduzione dall'estero senza un certificato dello Stato di origine, comprovante la provenienza da uno stabilimento salubre, disposizione analoga a quella vigente in Italia. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla tecnica della vaccinazione jenneriana. — All'abb. n'. 1419:

Conviene sterilizzare la pelle strofinandovi un batuffolo intriso di etere o di alcool (a 70°): queste sostanze evaporano immediatamente e non esercitano nessun'azione dannosa sul virus vaccinico. L. V.

Benemerenze di Sanità. — Al G. B. da C. C. C.:

Le medaglie al merito della Sanità pubblica sono conferite dal Re sulla proposta del Ministro dell'Interno, sentita la Commissione istituita con R. D. 5 marzo 1914.

In pratica l'iniziativa delle proposte parte dai Prefetti o dai Direttori di sanità militare, ecc.; quindi Ella può promuovere tale iniziativa. Altrimenti nulla osta che Ella diriga istanza motivata e documentata al Ministero (Direzione generale della Sanità pubblica), chiedendo l'accertamento e il riconoscimento della sua attività nel campo delle opere che interessano la salute pubblica. M. C.

Reazione di Sgambati. — Al dott. M. Merighi da Mirandola:

La reazione di Sgambati è stata descritta dall'A. in questo periodico, 1920, p. 267-8. R. B.

Mal di mare. — Al dott. V. G. S. Galogero:

Troverà utili notizie sulla patogenesi e la cura del *mal di mare* nell'articolo di Dragotti comparso nel fascicolo 7, anno 1920, della Sezione Pratica del «Policlinico», ed in quello di Ribolla comparso nel fascicolo 11, anno 1922 del «Giornale di Medicina Militare», riassunto e commentato nel «Policlinico» (fasc. 15 e 47, anno 1922). *a. a.*

VARIA.

L'aviazione sanitaria.

Qualche timido tentativo di trasporto dei feriti mediante velivoli venne fatto già durante la guerra ultima, senza però che tale mezzo si generalizzasse. È specialmente al Marocco, in questi ultimi anni che l'aviazione sanitaria ha raggiunto un notevole grado di sviluppo. Ivi i francesi hanno trovato nel 1923 un nemico che ha loro inflitto perdite non lievi e, data la natura del terreno non provvisto di strade rotabili, il trasporto dei feriti per le vie ordinarie avrebbe significato la perdita di gran parte di essi. Il servizio era stato organizzato con un'intesa fra l'aviazione e la sanità; a poca distanza dalle linee, erano collocati venti apparecchi ai quali i feriti venivano portati per mezzo di muli, lettighe od altro. Sono stati circa 700 i feriti così trasportati su percorsi di 80-100 km. agli ospedali di Meknès, Fez, Casablanca; in qualche giorno si costituirono dei veri convogli aerei, inviando fino a 72 feriti in un sol giorno.

Vennero dapprima usati apparecchi che permettevano il trasporto di due feriti nella carlinga; in seguito però, si costruirono dei tipi speciali. La cabina è quella consueta per passeggeri, aperta da una parte con uno sportello per l'entrata dei feriti e dall'altra per gli infermieri; essa è aereata da *hoblot* e da finestre che permettono il ricambio dell'aria. Nella fusoliera la cabina occupa il posto tra il motore che la riscalda per davanti ed il pilota che dal di dietro può vedere i feriti. Il chirurgo e l'infermiere possono attraversarla tutta per il soccorso ai feriti stessi. È fornita di bollitori elettrici, di bombole di ossigeno, di un armadio per ferri chirurgici e per il soccorso farmaceutico. La temperatura può essere regolata ed il medico può, accompagnando i feriti, porgere loro i soccorsi d'urgenza.

In Francia si pensa ora seriamente a dare a tale servizio uno sviluppo notevole, non soltanto per le colonie, ma anche per la Francia stessa, poichè le truppe sono talora dislocate in luoghi del tutto lontani da centri ospedalieri e spesso i feriti debbono attendere a lungo i soccorsi chirurgici o raggiungere località lontane con disagi di viaggi e pericolo di soccombere. L'aviazione potrà rimediare a tali deficienze di trasporto. È da augurarsi che anche in Italia, dove all'aviazione si pensa di dare un impulso vigoroso, si tenga presente questa utile applicazione.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Le riforme amministrative e sanitarie in corso.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato una serie di riforme concernenti l'amministrazione pubblica: si tratta di un vasto piano di riordinamento, il quale non si distacca dalla tradizione e dalle direttive fondamentali del nostro diritto pubblico amministrativo, ma attua alcune innovazioni di decentramento burocratico e, con opportune sistemazioni e semplificazioni organiche e funzionali, tende a sveltire l'azione amministrativa.

Segnaliamo le riforme che riguardano l'ordinamento della sanità pubblica, l'amministrazione provinciale e comunale, le istituzioni pubbliche di beneficenza e la giustizia amministrativa. I relativi decreti non sono ancora pubblicati; le comunicazioni ufficiali accennano soltanto alle direttive generali e, in gran parte, ai criteri informatori delle riforme: ma, integrando queste informazioni con le nostre conoscenze, possiamo esporre sin da ora, sinteticamente, il contenuto e la portata delle innovazioni più importanti concernenti la sanità e l'assistenza pubblica.

Il riordinamento della Sanità pubblica.

Organo centrale della Sanità pubblica è il Ministero dell'Interno; anche i servizi che ora ne sono distaccati, pur conservando il loro ordinamento amministrativo autonomo, alla dipendenza diretta degli organi dell'amministrazione centrale nella quale sono inquadrati, trovano il loro coordinamento nel Ministero dell'Interno, al quale compete essenzialmente la tutela della salute pubblica.

La collaborazione consultiva ai provvedimenti dell'amministrazione attiva è ridotta e semplificata; sono soppresse Commissioni e Comitati: per le acque minerali, per il risanamento di Napoli, per le opere antitubercolari, ecc. È conservato soltanto il Consiglio superiore di Sanità, ma il numero dei componenti è ridotto da 35 a 29 e la scelta di essi è guidata dal criterio della competenza specifica nei vari rami delle conoscenze concernenti la sanità. Ne fa parte, in ogni caso, un ufficiale sanitario capo di Ufficio d'igiene. La Giunta del Consiglio è soppressa: è consentita, invece, la consultazione di quei consiglieri che hanno speciale competenza nei singoli casi, senza che occorra convocare tutto il Consiglio. Le attribuzioni sono ricondotte a quelle originarie, che sono proprie di un organo consultivo: sono, perciò, eliminate le decisioni su ricorsi.

L'autorità del Consiglio superiore si accresce e la collaborazione di esso, collegiale o individuale di uno o più consiglieri, è resa facile, pronta e perciò efficace.

Sono accresciute le attribuzioni degli organi burocratici provinciali: al Prefetto sono demandate alcune delle attribuzioni del Ministero e specialmente quella di deliberare definitivamente sui ricorsi contro determinati atti amministrativi: sicchè è escluso in molti casi il ricorso gerarchico al Ministero, che si risolveva in un rimedio tardo e non sempre utile.

La posizione del Prefetto, in materia sanitaria, non è che un riflesso di quella che a questo organo del Governo assegna, con speciali attribuzioni, la riforma della legge comunale e provinciale. In relazione allo stesso sistema di decentramento, sono trasferiti al Sottoprefetto numerose attribuzioni che appartenevano al Prefetto e, *presso ogni Sottoprefettura*, è istituito l'ufficio del *medico circondariale*, organo tecnico destinato ad assistere il Sottoprefetto nell'azione sanitaria locale.

Come al centro, così alla periferia è ridotta e semplificata la collaborazione consultiva: sono soppressi i Comitati provinciali antitubercolari, le Commissioni pellagrologiche e la Giunta del Consiglio provinciale; al Procuratore del Re è sostituito nel Consiglio provinciale l'ufficiale sanitario del Comune del Capoluogo.

Il decentramento burocratico è, dunque, imperniato su due organi locali: il Prefetto e il Sottoprefetto, con funzioni proprie e il primo anche con attribuzioni di controllo gerarchico sul secondo, le quali sono dirette a rendere definitivi i provvedimenti senza che occorra l'intervento del Ministero.

Più importante innovazione è la istituzione di laboratori, costituiti dalla Provincia col concorso finanziario dei Comuni che vi appartengono, e la formazione di un personale ausiliario destinato a disimpegnare, con sollecitudine e con sufficienza di mezzi, servizi di profilassi nei Comuni nei quali se ne manifesti il bisogno.

La Provincia esercita così una funzione attiva nel campo della sanità pubblica mediante una organizzazione permanente, saldamente ordinata e fornita dei mezzi necessari, spe-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

cialmente per la lotta contro le malattie infettive.

La posizione dell'ufficiale sanitario sarà meglio definita: anche questo organo del Governo, con funzioni e attribuzioni intercomunali ove occorra, collaborerà col medico circondariale e, in sostituzione di esso, direttamente col Sottoprefetto.

La riforma attua, dunque, un rafforzamento degli organi governativi periferici e, dal punto di vista degli enti autarchici, una effettiva e pratica partecipazione della Provincia mediante istituzioni che, se ben organizzate, potranno rendere preziosi servizi alla difesa della salute pubblica.

Sono notevoli alcune attribuzioni che rafforzano l'ingerenza e l'intervento coattivo dello Stato in determinate circostanze di necessità pubblica:

— facoltà del Prefetto di provvedere con atti di imperio al servizio di assistenza medico-chirurgica nei Comuni ove tale servizio non è assicurato;

— obbligo dei sanitari di prestare la loro opera, ovunque venga richiesta dal Prefetto, per prevenire o combattere la diffusione delle malattie infettive;

— estensione della facoltà di occupazione di immobili, in ogni caso in cui ve ne sia necessità assoluta e urgente nell'interesse della pubblica salute;

— obbligo di ogni cittadino di prestare l'opera propria secondo la rispettiva capacità in caso di malattie epidemiche.

Essenzialmente immutato rimane l'istituto della condotta comunale, anche per lo stato giuridico dei medici condotti.

È legislativamente vietata la condotta per la generalità degli abitanti; ma è prescritto che i sanitari condotti devono prestare anche agli abbienti — se richiesti — la loro opera professionale, la quale è rimunerata in base a speciali tariffe compilate dai Consigli degli Ordini e approvate dai Prefetti.

Una innovazione è costituita dalla duplicità degli elenchi dei poveri: per l'assistenza sanitaria l'uno e per la somministrazione dei medicinali l'altro.

Se la formazione degli elenchi sarà efficacemente controllata, col concorso dei sanitari, questo sistema potrà non essere dannoso; ma se i controlli non fossero essenzialmente diversi da quelli disciplinati dal regolamento 19 luglio 1906, si renderebbe possibile l'attuazione larvata della condotta per la generalità degli abitanti, a tutto danno dei medici.

È noto che, secondo il sistema legale ora vigente, gli elenchi sono formati dalle Giunte comunali e sono resi definitivi dai Consigli; il rimedio del ricorso alla IV Sezione, per illegittimità, non è, in questo caso, operativo di effetti. Unico freno all'interesse ovvio dei Comuni di estendere oltre misura la cura gratuita è stata sinora la preoccupazione dell'onere finanziario che ne sarebbe derivato per la somministrazione gratuita dei medicinali, essendo unico l'elenco per le due forme di assistenza.

Ma poichè questo freno non agirà più, è necessario che il decreto o il regolamento disciplini rigorosamente il controllo e i rimedi giuridici circa la formazione degli elenchi dei poveri per l'assistenza medico-chirurgica, rendendo efficace l'azione preventiva, nella fase di formazione, e quella correttiva, col concorso degli Ordini dei sanitari, mediante controllo in sede di reclamo.

Speciali obblighi sono attribuiti ai medici condotti: per la esecuzione dei provvedimenti di igiene e di profilassi ordinati dalle autorità competenti; per il servizio antimalarico per le vaccinazioni e rivaccinazioni, ecc.

Crediamo che siano stabilite norme per la determinazione degli *stipendi minimi*, innovazione importante, che corrisponde ad una vecchia aspirazione di classe.

Il servizio di assistenza conserva rigorosamente il suo carattere comunale. È prevista la costituzione obbligatoria di consorzi.

Questo, in sintesi, l'ordinamento generale che risulterà dalle nuove disposizioni.

Quando ne sarà pubblicato il testo ne faremo un esame particolareggiato in relazione alle norme corrispondenti o connesse che riguardano l'amministrazione comunale e provinciale e potremo esprimere allora un giudizio sicuro e senza riserve.

La riforma delle leggi di assistenza e beneficenza pubblica.

Criteri generali: specializzazione, semplificazione e riduzione delle amministrazioni delle Opere pie; coordinamento delle varie forme di assistenza; decentramento burocratico; attenuazione e semplificazione dei controlli.

Prescindiamo dalle riforme di carattere strettamente amministrativo, per accennare a quelle che riguardano i servizi di assistenza sanitaria.

È data facoltà al Governo di emanare speciali norme regolamentari per disciplinare lo stato giuridico ed economico degli impiegati in conformità delle disposizioni concernenti gli impiegati comunali.

Ma sin da ora è dichiarato obbligatorio il concorso pubblico per la nomina di tutti i

primari specialisti degli Ospedali e per quella degli altri medici primari ospedalieri quando si tratti di Ospedale che abbia almeno 500 letti.

Più importanti disposizioni riguardano l'assistenza ospedaliera; ma per essa, considerate le notizie non complete e generiche sin ora comunicate, segnaliamo soltanto, e con riserva, le restrizioni concernenti il ricovero negli Ospedali.

Unificata la legislazione in tutto il Regno, anche per questa materia, si fa obbligo ad ogni Ospedale di assistere e curare, nei limiti dei mezzi disponibili — salvo il rimborso della spesa da parte del Comune del domicilio di soccorso — *i poveri affetti da malattie acute, i feriti, e le donne nell'imminenza del parto.*

Speciali condizioni sono stabilite per limitare il ricovero a coloro che più ne hanno bisogno e per allontanare dagli Ospedali coloro che possono essere curati convenientemente anche a domicilio o negli ambulatori e nei dispensari.

È evidente la preoccupazione d'ordine finanziario che ha ispirato queste restrizioni; è anche certo che le istituzioni ospedaliere attraversano un periodo di crisi finanziaria che ha cause complesse, non tutte recenti e contingenti, ma in parte connesse alle trasformazioni avvenute nel campo dell'assistenza pubblica — dalle più remote forme della beneficenza alle più moderne concezioni dell'assistenza obbligatoria — e nel campo dell'assistenza medico-chirurgica, che i progressi della scienza e dei mezzi di indagine e di cura, hanno spostato in gran parte dal domicilio dell'ammalato all'Ospedale.

Ma risolvere la crisi limitando e restringendo i casi di ricovero nell'Ospedale non significa risolvere il problema: si procederebbe, anzi, in contrasto con i progressi delle scienze mediche e con le esigenze che ne risultano.

Dobbiamo, perciò, ritenere che gli accenni contenuti nelle comunicazioni ufficiali si riferiscano alla prevenzione di abusi e non a restrizioni in contrasto con le necessità inerenti all'assistenza sanitaria veramente utile, alle quali ogni altra considerazione deve essere subordinata.

Questo è, certamente, uno dei problemi più ardui: ma è anche uno dei problemi centrali dell'assistenza pubblica, connesso al grado di civiltà di un popolo. Di tutte le risoluzioni possibili una è da scartare in ogni caso, a costo di qualsiasi sacrificio finanziario: quella che importi un regresso o un arresto in confronto dei progressi, delle forme e dei mezzi dell'assistenza sanitaria.

QUESTIONI PRATICHE.

I. — Licenziamento per fine del periodo di prova determinato e motivato da apprezzamenti di carattere disciplinare.

« Le amministrazioni comunali hanno diritto di non confermare il medico condotto, allo « scadere del biennio di prova, con piena di« screzionalità di apprezzamento sui risultati « della prova stessa, e, quindi, senza obbligo « di specificare all'impiegato i motivi del prov« vedimento adottato; ma se l'amministrazio« ne ritiene, invece, di dover scendere nei di « lui confronti a *specifiche accuse o ad apprez« zamenti che possano ledere pubblicamente la « sua dignità personale o svalutare la sua ope« ra di professionista, allora nasce nel dipen« dente il diritto alla difesa.*

« Il negare tale diritto potrebbe portare a « gravi conseguenze, specialmente per l'impie« gato in prova, in quanto che egli troverebbe, « se non precluso, certo assai pregiudicato il « proprio avvenire professionale, nonchè la « possibilità di nuovo collocamento, qualora do« vessero accompagnarlo, senza possibilità di « rimedio, un giudizio e rilievi sfavorevoli « enunciati a sua riguardo da una pubblica « amministrazione, giudizio e rilievi che sono « a volta pienamente giustificati, ma altre vol« te non sono che la risultanza di ire parti« giane locali.

« È, quindi, doveroso principio di giustizia « riconoscere che l'interessato possa difender« si di fronte all'amministrazione ed appellarsi « eventualmente al magistrato speciale, che « offre, per sua natura, piena garanzia di obiet« tivo giudizio ».

(Consiglio di Stato, Sezione V, sentenza 11 marzo 1923 n. 154).

In tal caso è competente a giudicare del ricorso la Giunta Provinciale amministrativa — e, in secondo grado, la V Sezione del Consiglio di Stato.

Occorre però ben considerare, caso per caso, se si tratti di semplici apprezzamenti o di vera e propria motivazione di carattere disciplinare.

La valutazione è importante anche per gli effetti che ne derivano circa la competenza.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sovrabbondanza di medici.

La statistica dei medici laureati dal 1901 al 1922 e degli attuali inscritti ai sei corsi della Facoltà di medicina, che il prof. Silvagni ha pubblicato ne *La Federazione Medica*, merita di essere considerata con attenzione. Questa statistica traduce in cifre di notevole significato ciò che era una semplice impressione fornita dallo stato di disagio che angustia la classe medica fin dalla fine della guerra.

I medici tutti hanno certamente presa visione e compreso il significato dei dati esposti dal prof. Silvagni con accorgimento pari all'accuratezza, e non è quindi il caso di far rilievi. Le cifre hanno un'eloquenza molto chiara e persuasiva: dopo oscillazioni negative più o meno accentuate nel periodo 1907-1918, dal 1919 la curva indicante il numero dei laureati monta progressivamente fino a pervenire nel 1923 a cifre mai raggiunte, e, nella presunzione che tutti gli attuali studenti perverranno alla laurea, mantenendosi ad altezze poco più basse fino al 1928.

La ricerca delle cause di questa pletora di studenti e laureati in medicina è forse oziosa se si pon mente ad eventuali rimedî ad effetto immediato, non inutile se si guarda alle radici del male.

È stata attribuita la pletora medica alla facilità degli esami universitari, al miraggio di una professione che nell'opinione dei più consente immediati ed abbondanti guadagni, la tendenza durante la guerra ad essere addetti al corpo sanitario, le cui mansioni erano ritenute a torto le meno pericolose. Ragioni tutte che avrebbero il loro peso se un analogo fenomeno non si fosse avverato in altre Facoltà. Statistiche precise come quella preparata dal prof. Silvagni non sono state pubblicate per gli altri professionisti, ma è certo che anche i laureati di altre Facoltà sono aumentati. Mentre gli ingegneri diplomati dalle singole Scuole di applicazione erano prima poche diecine, per gli anni 1921, 1922 e 1923 si sono contati a centinaia. Lo stesso può dirsi dei chimici.

La verità è che concorrendo i motivi su accennati per far preferire i corsi medici, le iscrizioni alle Università sono aumentate perchè maggiore era il numero di quelli che vi avevano titolo. Era la scuola media che nell'ultimo decennio lasciava passare attraverso il crivello della licenza liceale, una volta tanto sottile, ogni specie di farina.

Forse la riforma della scuola testè istituita ovvierà l'inconveniente che ora lamentiamo e subiremo ancora per molto tempo, aprendo le porte delle Università ad un numero ragionevole di aspiranti professionisti, e solo a coloro che hanno la mente e la preparazione adatte per i severi studî medici. Ma conviene anche creare la coscienza dell'inutilità e del danno dell'aspirazione ad una professione che non può essere esercitata con profitto e decoro da molti. Creare occorre quella coscienza che sostituisca lo spontaneo o automatico bilancio che si verifica in commercio tra la domanda e l'offerta.

Tutto ciò dobbiamo fare, non solo per dovere o sentimento di colleganza verso i nuovi o futuri colleghi, ma anche per la necessità stessa della nostra difesa.

I vecchi medici non possono rimanere insensibili al disagio delle nuove reclute in quanto essi stessi sono colpiti dalla pletora professionale. A parte la eventuale preparazione affrettata o superficiale, o la impreparazione di medici provenienti da corsi affollatissimi, ai quali gli esaminatori hanno dovuto indulgere in ragione delle deficienze didattiche causate dall'affollamento stesso, è l'abbassamento del livello morale determinato dalla pletora, che rinvilisce il decoro della professione con le inevitabili riflessioni sulle condizioni materiali. La inflazione professionale danneggia la classe non solo perchè le richieste sono distribuite ad un maggior numero di esercenti e quindi vien diminuito il reddito dei singoli, ma sopra tutto perchè le prestazioni sono deprezzate dalla maggiore offerta, e perchè la pletora stessa determina attività extra- o paraprofessionali indecorose che offuscano il prestigio della professione e ne riducono il valore.

È per questo che tutti i medici anche quando non sieno direttamente colpiti dalla concorrenza determinata dall'eccessivo numero di colleghi, sono interessati a distogliere i giovani ad intraprendere lo studio della medicina.

Occupandosi di questo argomento su questo periodico due anni fa il dott. Verney, con la consueta efficacia persuasiva, scriveva: «Il medico di famiglia ha gli elementi per consigliare o meno una professione. Egli può far capire quanto sia desiderabile di sviare dalla carriera medica molti giovani incauti, i quali non sospettano la crescente pletora professionale ed ignorano la preparazione tecnica e scientifica laboriosa, lo sforzo costante di perfezionamento, le numerose qualità di forza intellettuale e morale e anche di resistenza fisica, il vigile senso di responsabilità, l'attitudine a sostenere la concorrenza, che la profes-

sione medica presuppone per essere esercitata utilmente per sè e per gli altri. Il medico può cogliere tutte le occasioni che gli si presentano per dare suggerimenti in tal senso, per esortare a indirizzarsi verso le altre carriere più promettenti, per evitare un errore che non potrebbe essere più corretto ».

E in vero non mancano argomenti pratici e quindi molto persuasivi. Gli è che oltre la giovinezza sciupata nelle tetre sale anatomiche, nelle doloranti corsie ospitaliere, alla scuola e sui libri, un giovine per conseguire la laurea in medicina spende un capitale di parecchie diecine di migliaia di lire, un capitale che non tutti hanno la possibilità di riacquistare.

E bisogna dar l'esempio in casa propria.

Alcuni mesi fa un giornale di medicina francese indisse un *referendum* tra i medici abbonati. La domanda era: « Indurrete vostro figlio a fare il medico? ». Le risposte furono molte e concordi, tutti per una ragione o per un'altra affermarono che il peggior consiglio che si possa dare al proprio figlio è quello di intraprendere la carriera medica.

Anche i medici italiani farebbero analoghe risposte se fossero interrogati, almeno se si deve giudicare dalle loro proteste orali.

Purtroppo però la pratica ammonisce che tali dichiarazioni o non sono sincere o non esprimono forti convinzioni, oppure i figli non tengono gran conto dei consigli paterni. Certo è che tra gli studenti delle Facoltà mediche abbondano i figli di medici di ogni gerarchia.

Per modo che si dovrebbe concludere o che il diavolo non è brutto come si dipinge, o che la tendenza all'errore è ereditaria. La correzione di questa tendenza contribuirà molto a rendere i nostri consigli più persuasivi.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

L'Ordine dei Medici di Roma ed i rimedi miracolistici.

La Presidenza dell'Ordine dei Medici di Roma ha inviato alla stampa il seguente comunicato:

« Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Pro-« vincia di Roma, mosso dall'interessamento su-« scitato dalla notizia di un nuovo rimedio contro « la polmonite, portato a conoscenza del pubblico « sulla stampa politica con affermazioni assoluti-« stiche, con le quali recentemente si è anche man-« cato di riguardo a Colleghi illustri in momenti « in cui erano sotto il peso di una gravissima re-« sponsabilità:

« ritiene suo dovere far noto che tale metodo « di cura ha avuto sinora limitata esperienza cli-« nica, insufficiente ad un giudizio definitivo, e pu-« re augurando che studi più estesi dimostrino che « il nuovo preparato costituisce un vero progresso « terapeutico, giudica prematuro abbandonarsi ad « entusiasmi che i fatti potrebbero non confer-« mare ».

Questo comunicato giunge opportuno a precisare ed a far conoscere il pensiero della classe medica su una quistione intorno alla quale è stato fatto molto rumore.

Non è la prima volta, e forse non è l'ultima, che medicamenti vengono lanciati senza che se ne sia sperimentata e controllata l'efficacia. I precedenti analoghi sono troppo recenti e numerosi perchè meritino di essere ricordati. Purtroppo i guadagni pecuniari immediati incoraggiano questa nuova attività commerciale. Quale che sia il destino dei rimedi miracolistici, questi, anche quando la loro voga è effimera, hanno l'incontestabile vantaggio di arricchire i loro inventori.

La prudenza e la riserva quindi consigliate dall'Ordine dei medici di Roma sono pienamente giustificate.

E bene ha fatto l'Ordine stesso a rilevare il gesto dignitoso degli illustri colleghi di Torino, che si sono rifiutati di valorizzare un medicamento, la cui efficacia doveva essere ancora dimostrata.

Medici di bordo.

Una commissione di medici di bordo, accompagnata dal suo segretario, col benevolo appoggio di S. E. Torre, ha esposto al Ministero degli Interni, al Ministero della Marina, all'on. Direzione generale di Sanità pubblica ed all'on. Commissariato generale dell'Emigrazione, le aspirazioni della classe e le sue richieste immediate.

La commissione era costituita dai dottori: Carelli comm. Augusto, Roma; dott. prof. Cherubini Lorenzo, Roma; dott. Monteleone cav. Remo, Roma; dott. prof. Narducci Domenico, Roma; dott. Pizzarello Carlo (membro della Commissione di controllo e consultiva); dott. Carlo Bassoni, segretario responsabile dell'Associazione Nazionale M. B.

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

Nell'ultima riunione del Direttorio sono stati trattati importanti argomenti, quali: l'esercizio dei medici stranieri; l'esercizio abusivo; l'accettazione dei malati abbienti negli ospedali e nelle cliniche; l'atteggiamento del Sindacato nelle prossime elezioni del Consiglio dell'Ordine dei Medici.

Ampia ed esauriente è stata la discussione su tutti gli argomenti e si è proceduto alla nomina di una Commissione che entro brevissimo tempo dovrà compiere il mandato affidatogli dal Direttorio.

Furono presi accordi per la inaugurazione del gagliardetto, che ebbe luogo il 30 dicembre nella sede sociale, via della Consolazione, 57-A.

Sono state infine prese in considerazione varie domande di ammissione a soci e stabilite le sanzioni per i soci che si sono rifiutati al pagamento delle quote.

All'Ordine dei Medici di Napoli.

A seguito delle dimissioni presentate dal Consiglio dell'Ordine, il Prefetto ha nominato Commissario il vice-prefetto comm. dott. M. Variale.

I dentisti abusivi.

I dentisti abusivi nella loro campagna per ottenere una sanatoria vantano l'appoggio di S. E. l'on. Edoardo Torre, alto Commissario per le Ferrovie dello Stato. Il Sindacato Nazionale Medici Stomatologi ha interpellato in proposito l'on. Torre ed è stato autorizzato a smentire nel modo più assoluto qualunque suo patrocinio alla causa dei dentisti abusivi.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BENEVENTO. — Capo della Sezione medico-micrografica e Capo della Sezione chimica del Laboratorio consorziale d'Igiene: L. 10,000 ciascuno. Scadenza 24 gen.

BERRA (*Ferrara*). — Pel capoluogo. L. 10,000 oltre quota complementare di L. 3000. Stato di famiglia. Scad. 20 gen. Richiedere alla Segreteria nuovo avviso di concorso.

BIELLA. *Ospedali Infermi*. — Assistente alla Sezione Chirurgica. Titoli ed eventualmente esami. Età massima 35 a. Termine 10 gen. Regolare serv. entro 15 g. Rivolgersi Segreteria del Pio Ente.

CASTELNUOVO VAL DI CECINA (*Pisa*). — Scad. 20 gen.; pel capoluogo (ab. 2261 con 75 pov.); L. 8000 e quadrienni fino a L. 12,000; due c.-v.; L. 2000 calvalc.

CORTINA D'AMPEZZO (*Udine*). — Scad. 10 gen. L. 7200 oltre indennizzo c.-v. in L. 3600; alloggio oppure compenso di L. 2500 all'anno.

MANTOVA. — Medico di riparto; L. 9000 e aumenti quadriennali del decimo; c.-v. di L. 780 se celibe, di L. 1200 se coniug. Scad. 20 gen. Età lim. 40. Voti di laurea e degli esami speciali. Serv. entro 15 giorni.

Medico del Dispensario comun. anticeltico; lire 3500; nom. triennale. Scad. 22 gen. Serv. entro 15 giorni.

È escluso dai suddetti posti chi fosse stato dichiarato disertore di guerra, anche se amnistiato. Chiedere annunzi.

MAPELLO (*Bergamo*). — Consor. con Ambivere; all'11 genn. per circa 1000 pov. su 3574 ab.; pianura e collina: L. 6500 oltre L. 1200 c.-v., L. 600 uff. san., L. 600 trasp. Chiedere annunzio.

MARATEA (*Potenza*). — A tutto il 31 gen. Età limite 50. L. 3000 (*sic*); 4 quadrienni di L. 350 e 2 di L. 300; un c.-v. Addizion. di L. 10 ogni povero oltre i 300. Serv. entro 15 giorni.

MONSELICE (*Padova*). — Chirurgo primario dell'Ospedale. A tutto 20 gen. Rivolgersi Ufficio Segr.

MONTEGALLO (*Ascoli Piceno*). — Al 31 genn. è nuovam. aperto il conc. alla condotta: L. 5500 obbl. resid., L. 1000 fino a 1000 pov., L. 4500 a *forfait* pei semi-abbienti: addiz. L. 2.50: per cav. L. 2000; 1° c.-v. in L. 1200; quale uff. san. L. 500. Ab. 3337. Età lim. 40. Chiedere annunzio.

PALERMO. — Direttore sanitario dell'Ospedale Civico e Benfratelli. Scad. 14 gen. Stip. L. 15,000; indenn. servizio L. 5000; diritto a pensione.

POGGIO BUGGIANESE (*Lucca*). — Scad. 31 gen.; 2ª cond.; stip. L. 6000; doppio c.-v. ridotto del 34 %; L. 400 supplenza; L. 2000 cav. In corso nuovo capitolato unico d'accordo con l'A. N. M. C. Rivolgersi al Sindaco.

PONTE DI PIAVE (*Treviso*). — A tutto il 15 gennaio; L. 6000 fino a 1000 poveri; addizion. L. 2; trasporto L. 2500 con obbl. cav. o automezzo; 2 c.v.

REGGIOLO (*Reggio Emilia*). — A tutto il 10 gen., L. 8000 oltre L. 1000 direz. Ospedale; 5 quadrienni dec.; un c.-v.; L. 2500 trazione equina, ovvero L. 1000 se motocicl., L. 500 se bicicl. Non oltre 1000 pov. Età lim. 35. Biennio di direzione o assistentato in reparto di clinica chirurg. od ospedal. Servizio entro 20 giorni.

SPACCAFORNO (*Siracusa*). — Scad. 24 gen. L. 5500 e 5 quadrienni decimo.

SUZZARA (*Mantova*). — 2ª condotta; L. 9000 più 10 bienni del ventesimo. Indennità di integrazione L. 1200 se celibe, L. 1800 se coniugato. Indennità mezzo trasporto L. 2500. Indennità ambulatorio L. 1000. Scadenza 15 gennaio. Rivolgersi alla Segreteria del Comune.

VICENZA. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario-Medico capo del capoluogo; L. 12,000; aumenti triennali; indenn. di carica L. 2000; caro-viv. Scad. 31 gennaio. Rivolgersi alla Prefettura.

VOLTRI (*Genova*). — 4ª zona; L. 4000 (*sic*) e 6 quinquenni dec.; L. 1000 indenn. resid. Età 27-39. Tassa di concorso in L. 50. Scad. 20 gen.

CONCORSI A PREMIO.

FIRENZE. *Accademia Medico-Fisica*. — Premio quinquennale prof. Ferdinando Zannetti, di lire 500, sul tema: «Innesti cutanei e condizioni che ne favoriscono la vitalità e l'attecchimento». Scadenza 31 dicembre 1924. Chiedere il regolamento alla Segreteria (via Alfani, 33).

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Premio di fondazione «Dott. Angelo De Vincenti» di L. 3000 da conferirsi all'autore del miglior lavoro riguardante la Nevropatologia scritto in lingua italiana da giovani studiosi della specialità. Gli aspiranti devono essere medici assistenti addetti alla Sezione Nevrologica «Serafino Biffi» dell'Ospedale Maggiore o medici inscritti ai corsi di insegnamento pratico presso l'Ospedale, che abbiano frequentato per almeno un anno la Sezione Nevropatologica suddetta. Lavori, dattilografati, all'Ufficio di Protocollo, non più tardi delle ore 12 del 31 dicembre 1924.

BORSE DI STUDIO.

PARMA. *R. Università*. — Il Comitato «Pro Università» mette a concorso per l'anno 1923-24 venti Borse di studio di L. 1000 ciascuna, a favore di altrettanti studenti inscritti all'Università, nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia, Giurisprudenza e Scienze. Quattro di dette Borse saranno a preferenza destinate a studenti della Venezia Tridentina e sei a studenti della Venezia Giulia, di Fiume, Zara. Scad. 31 gennaio 1924. Domanda in

carta libera al Rettore: stato di famiglia, cittadinanza italiana, certificato delle condizioni economiche di famiglia, voti negli esami universitari o di licenza dalle scuole secondarie. Il pagamento, in rate mensili di L. 200, sarà subordinato alla presentazione da parte dell'interessato di un attestato di frequenza ai corsi obbligatori.

Per informazioni riflettenti il concorso e l'ottenimento di particolari facilitazioni economiche durante il soggiorno a Parma, rivolgersi al predetto Comitato, R. Università di Parma (via Imbriani, 98).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. comm. Emilio Di Tommasi di Napoli è nominato Direttore sanitario delle Terme di Agnano.

Per la cattedra di fisiologia alla R. Università di Ferrara la commissione, composta dei professori Albertoni, Coronedi, C. Foà, Marassini e Patrizi, ha proposto all'unanimità il prof. Luigi Beccari.

Al nostro amico dott. Augusto Cassuto, della R. Clinica Chirurgica, è stato assegnato dalla Facoltà Medica e per la seconda volta la Fondazione Corsi per la Clinica Chirurgica.

Con R. Decreto sono stati nominati tenenti medici in S. A. P. nel Corpo Sanitario Marittimo ed invitati a presentarsi alla R. Scuola di Sanità M. M. in Napoli per seguirvi un corso accelerato di applicazione i dottori: Caputi Emilio, Brizi Corrado, Foti Egidio, Salinas Francesco, Andrenelli Luigi, Pellacchy Gaetano, Cace Manlio, Lardinelli Aldo, Benedetti Valentini Fabiano, Spalluto Agostino, Sarpi Luigi, Fiorenzi Oliviero, Pavone Raffaele Vincenzo, Gattone Nicola, Guerrieri Guerriero, Mirra Guido, Vanelli Ugo, Artiaco Procolo.

Il dott. Giuseppe Lanza, sindaco di Casalbordino (Chieti), è nominato cavaliere della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

La Croce Rossa per gli infortunati del Bergamasco.

La Croce Rossa Italiana, mediante il suo Comitato Centrale di Roma ed i Comitati locali di Bergamo e di Brescia, ha collaborato quotidianamente con le Autorità per il soccorso alle popolazioni colpite dall'alluvione. Ci limitiamo a raccogliere alcuni dati.

Sino dal primo giorno il presidente Zilioli del Comitato di Bergamo inviava sul luogo del disastro un ospedaletto da montagna con personale sanitario e materiale al completo; ha distribuito viveri, e concorso a trasportare i feriti, inviato autocarri con indumenti e suppellettili. Il Comitato Femminile della stessa Croce Rossa di Bergamo si è pure recato sul luogo, sotto la presidenza della contessa Antonia Suardi e con la collaborazione del conte Guido Suardi.

Il comm. Da Ponte, vice-presidente del Comitato di Brescia, visitò tutti i luoghi danneggiati, collaborando nel rintracciare i cadaveri, assistere gli scampati, porgere loro indumenti.

Il comm. Vezzoli, delegato dell'Associazione per Palazzolo sull'Oglio, si è recato a Lovere per estendere, da quella località, il soccorso per mezzo di un'autolettiga e di 12 volontari.

Il Comitato di Milano ha inviato mille coperte di lana e varie centinaia di capi di vestiario di ogni genere.

Il comm. Perera, delegato generale della Croce Rossa Italiana per gli Stati Uniti, ha inviato lire 20,000 del proprio e lire 20,000 raccolte fra gli italiani di New York, a favore delle popolazioni danneggiate.

Corso di perfezionamento in Medicina del Lavoro.

Presso gli Istituti di Clinica Medica, di Patologia medica, di Igiene e Medicina Legale della R. Università di Roma, sotto gli auspici e col concorso del Ministero dell'Economia Nazionale, della Croce Rossa, della Cassa Nazionale Infortuni sul lavoro, si svolgerà un corso di perfezionamento, che avrà lo scopo di preparare i medici ai nuovi compiti medico-sociali del lavoro, presso Uffici del lavoro, stabilimenti industriali, Istituti d'assicurazione, Ferrovie dello Stato, Contenziosi medico-legali, Uffici giudiziari, ecc., per quanto riguarda la *Fisiologia, la Psicologia, la Patologia, l'Igiene, la Legislazione e la Medicina legale del Lavoro.*

Il Corso si svolgerà con lezioni, dimostrazioni ed esercitazioni pratiche e conferenze dai seguenti insegnanti: Ranelletti, Puntoni, Loriga, Diez, Ascarelli, Ottolenghi e Bellussi.

Avranno luogo dimostrazioni ed esercitazioni nei singoli insegnamenti con la collaborazione del personale dei rispettivi istituti. Speciali dimostrazioni saranno fatte con visite a stabilimenti industriali e agli Istituti assicuratori.

Si terrà un ciclo di conferenze sulla Fisiologia-Psicologia del lavoro (proff. S. Baglioni e S. De Sanctis).

Saranno tenute conferenze di medicina generale e speciale nei rapporti col lavoro dei professori della Facoltà Medica e da specialisti della Medicina del Lavoro.

Speciale conferenza sulla «Medicina in funzione della assicurazione sociale» terrà il dott. G. Calamanni, direttore generale nel Ministero dell'Economia Nazionale, e sulle «Assicurazioni contro gli infortuni in agricoltura» il comm. dott. F Bargoni, direttore generale della Cassa Nazionale Infortuni.

Il corso avrà principio il 15 gennaio 1924 presso l'Istituto di Medicina Legale al viale dell'Università (Policlinico Umberto I) e avrà la durata di tre mesi.

Corso di perfezionamento in Oto-rino-Laringoiatria.

Avrà luogo presso la Clinica oto-rino-laringoiatrica dell'Università di Roma; durerà un quadrimestre e s'inizierà il 16 gennaio. Si accettano laureati di Università estere. Tassa di L. 200.50, da versare all'Economo dell'Università; sopratassa, ecc., L. 96.60.

Corso di igiene e di assistenza medica infantile della Croce Rossa Italiana.

La C. R. I. prepara un nuovo corso, per contribuire alla cultura medica in questo campo, che ha tanta importanza sociale per l'avvenire della Nazione.

Il corso avrà principio l'11 gennaio e durerà fino al 31 maggio. Sarà diretto dal prof. V. Valagussa, direttore della Fondazione « Emilio Maraini », Preventorio per Lattanti C. R. I., con la cooperazione dei proff. R. Della Vedova, Gazzotti, L. Sympa, R. Maggiora, P. Zannelli, T. Mancioli, O. Serena, E. Gualdi, A. Ilvento.

Le lezioni teoriche saranno tenute presso la Fondazione Maraini. Le esercitazioni pratiche saranno fatte secondo le esigenze dei singoli argomenti. Si aggiungeranno alcune lezioni speciali su argomenti determinati, affidandole ai più illustri cultori delle discipline mediche. L'iscrizione è completamente gratuita ed è aperta a tutti i laureati in medicina e chirurgia, i quali potranno inviare domanda al Comitato Centrale della C. R. I. - Ufficio II - Via Toscana, 12 - Roma. Alla chiusura del corso la C. R. I. rilascerà un diploma di frequenza.

Sarà bandito un concorso a premi per i migliori lavori svolti dai frequentatori del corso. I lavori prescelti saranno acquisiti alla C. R. I. La Commissione assegnerà inoltre sette premi in denaro di L. 500 ognuno.

Corsi di patologia esotica e di parassitologia medica ad Amburgo.

Si terranno nell'« Istituto per le malattie navali e tropicali » di Amburgo dal 10 marzo al 17 maggio e dal 6 ottobre al 6 dicembre. Comprenderanno lezioni, dimostrazioni ed esercitazioni di clinica, eziologia, epidemiologia, anatomia patologica e profilassi delle malattie esotiche, con avviamento agli studi seguenti: protozoologia, elmintologia ed entomologia medica, epizozie esotiche, esame delle carni, igiene navale, igiene tropicale. Corpo insegnante: B. Nocht, F. Fülleborn, G. Giemsa, F. Glage, M. Mayer, E. Martini, P. Mühlens, E. Paschen, E. Reichenow, H. da Rocha-Lima, W. Wetse, K. Sannemann. Si può sostenere un esame ed ottenere un diploma. Iscrizioni possibilmente prima di 14 giorni avanti l'inizio di ogni corso. A richiesta s'inviano programmi.

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Alla Facoltà Medica di Vienna sono annunziati i seguenti corsi: dall'11 al 24 febbraio sui « Nuovi risultati della medicina interna e zone limiti »; dal 25 al 29 febbraio relative esercitazioni; dal 16 al 29 giugno, in chirurgia, ortopedia, urologia, ginecologia ed ostetricia; durante tutto l'anno nelle più diverse discipline mediche. Per il primo di questi corsi e per gl'Italiani è fissata la quota d'iscrizione di 300,000 corone. Chiedere programmi all'ufficio (Kursbureau der Wien. mediz. Fakultät, Porzellangasse 22, Wien IX).

Sezioni della Società Italiana di Pediatria.

Il 13 dicembre si riunì a Trieste la Sezione della Venezia Giulia della Società Italiana di Pediatria, nella nuova Clinica per le malattie dei lattanti. Furono discusse due comunicazioni cliniche del presidente dott. Angelo Luzzatto: « Contributo clinico della endo-pericardite nella prima infanzia » e « Sindrome spastica della polioencefalite ».

Fu stabilito di tenere la prossima riunione nel prossimo febbraio, insieme alla neo-costituita Sezione Veneta.

* * *

Il 25 novembre si costituì, a Torino la Sezione Piemontese della Società.

Il Consiglio direttivo pel biennio 1924-25 è risultato così composto: presidente, prof. Enrico Mensi; vice-presidente, prof. Gioacchino Rovere; segretario, prof. Adolfo Canelli; tesoriere, dott. Aldo Muggia.

Nel Corpo Sanitario Militare Marittimo.

Il 18 novembre fu inaugurato presso la Scuola di Sanità della R. Marina in Napoli il 3° corso di applicazione per i Tenenti Medici di nuova nomina.

Alla presenza di autorità militari e di professori, di medici militari dell'Esercito e dell'Armata e della famiglia del compianto prof. colonnello Pasquale, promotore della Scuola stessa, tenne la prima lezione l'attuale direttore della Scuola, colonnello medico prof. dott. Leone Sestini, trattando il tema « L'opera e la finalità della R. Scuola di Sanità Militare Marittima ».

Si è spento a Clusone (Brescia) il dott. DINARI, da Calatafimi (Palermo), da pochi mesi medico di Dezzo. Riuscito a salvarsi dal disastro del Gleno, ne riportò delle ferite per le quali dovette essere ricoverato in ospedale, dove gli sopravvenne una polmonite che lo ha ucciso. Aveva saputo cattivarsi rapidamente le simpatie e la stima di quelle industri popolazioni.

A. S.

Si è spento a Napoli il prof. ANNIBALE DE GIACOMO, straordinario stabile di traumatologia in quella Università. Era nato a Bisegne nel 1853.

Nella commemorazione fattane dal prof. Pianese, quale presidente della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli, è detto che lotte accademiche e professionali vivaci affievolirono a poco a poco ogni suo entusiasmo per la scienza e per l'insegnamento; onde egli si ritrasse gradatamente, sconfortato se non sdegnoso, da quell'agone nel quale, come forse mai alcuno, era entrato potentemente armato di larga cultura, di vivacissimo ingegno, di tenace volontà. Ed è perciò che ha dato molto meno di quello che la scienza e i maestri e gli amici di lui avevano diritto di aspettarsi!

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

Per gli altri abbonamenti cumulativi col « Policlinico » vedere a pagina seguente.

ANNO XXXI Roma, 14 Gennaio 1924 Fasc. 2

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

La formula clinica per lo studio della capacità funzionale del fegato.

Prof. GIUSEPPE SABATINI, aiuto.

Mentre lo sforzo della clinica si dirige sempre più verso la ricerca della capacità funzionale degli organi ammalati, noi vediamo come lo studio funzionale del fegato venga sovente tralasciato. Eppure per quest'organo la semeiotica funzionale è senza confronto più interessante e necessaria di quella fisica, ed i metodi proposti per studiare la funzione epatica si contano a diecine!

Tale condizione di cose è da imputarsi al fatto che nello studio della funzione epatica i risultati finora ottenuti sono stati variabili, spesso inspiegabili ed in ogni caso inutilizzabili per la clinica. Donde il crescente discredito per quest'indagine e una specie di scoraggiamento circa l'utilità di eseguirla.

Ma non è giusto che le cose restino così: un errore fondamentale, eppure intuitivo, ha alterata l'indagine clinica della sufficienza epatica, e ad esso si deve se i risultati ottenuti sono stati così spesso contradditorii e inattendibili.

La fisiologia insegna che la ghiandola epatica ha nell'economia animale, funzioni mol-

teplici, e spesso indipendenti fra loro. Senza voler parlare delle funzioni meno chiare ed assodate, oggi noi dobbiamo riconoscere al fegato le seguenti attività: la funzione di secrezione biliare (funzione biligenetica), la funzione di fissazione degli idrati di carbonio e di produzione del glicogeno (funzione glicogenetica); la funzione di trasformazione delle sostanze proteiche fino al prodotto terminale rappresentato dall'urea (funzione ureopoietica); la funzione di fissazione di determinati veleni, specie mediante la coniugazione con l'acido glicuronico (funzione antitossica); la funzione di ricostruzione delle molecole proteiche scisse durante i processi digestivi (funzione proteopessica).

Ed oltre queste principali forme di attività noi ne riconosciamo al fegato altre meno importanti o meno chiarite, quali: azione regolatrice sulla distribuzione dei grassi, mediante i tre meccanismi di sintesi, fissazione e distruzione (funzione adipogenica, adipopessica e adipolitica); azione regolatrice sulla produzione del calore (funzione termogenica); azione regolatrice sulla distribuzione e fissazione del ferro (funzione marziale); azione regolatrice sulla coagulabilità del sangue (funzione coagulante), ecc.

I disturbi di una o di più di queste funzioni portano spesso a bene determinati quadri di malattie epatiche, di cui il più noto e frequente è l'ittero, ov'è predominantemente alterata funzione biliare.

Ma in un grandissimo numero d'individui la sofferenza e l'incapacità funzionale del fegato, pur esistendo, non si rivelano alle singole prove, dirette a metterle in evidenza.

Poichè il conoscere la capacità funzionale del fegato è spesso di capitale interesse clinico, sono stati proposti in abbondanza metodi per studiare «*la funzionalità epatica*» o «*la insufficienza funzionale del fegato*».

Se non che proprio in questo concetto di ricerca è racchiuso l'errore, che ha finora condotto ai risultati falsi e contradditorii, che nessun aiuto hanno portato alla clinica.

Poichè non esiste *una funzione epatica*, ma esistono (e sono, come dicevamo, molteplici) *le funzioni epatiche*, e per di più in larga misura indipendenti fra loro; onde non deve parlarsi di *insufficienza funzionale del fegato* ma di *altrettante* insufficienze parziali, monosintomatiche, per quante sono *le distinte funzioni dell'organo.*

Di fronte ad un concetto così semplice ed intuitivo sembra perfino strano come ci si sia accaniti, con tanti lavori, a stabilire se per lo studio dell'insufficienza epatica valga meglio usare il glucosio o il levulosio o il galattosio, o se sia più sensibile la glicuronuria provocata o la cromocoloscopia.

Ciascuno di questi metodi studia evidentemente *una sola* funzione epatica, che non è nemmeno sempre la stessa; ed è quindi *a priori* supponibile (come la nostra esperienza effettivamente ha confermato), che in determinate malattie epatiche sia alterata una data funzione, in altre malattie un'altra.

Ed allora si spiega come i vari metodi finora proposti per lo studio della funzione epatica non siano mai andati d'accordo nei risultati globali; e si comprende come un ricercatore, il quale, per studiare «*la insufficienza funzionale*» del fegato su un certo gruppo di epatopazienti, formato per es. da malati di ittero infettivo, cirrosi, neoplasmi epatici, epatomegalie da malaria, ecc., si sia servito, per es., della glicosuria provocata, abbia ottenuto risultati complessivi ben diversi da un altro, il quale per esaminare la funzione epatica dello *stesso gruppo* di infermi, si sia servito della cromocoloscopia o della ricerca del coefficiente di imperfezione ureogenetica o della crisi emoclasica di Widal.

Con questo concetto, di intuitiva semplicità e nondimeno non mai nettamente affermato (1), va rifatto lo studio della attività epatica, distinta nell'esplorazione delle *singole* funzioni del fegato.

A tal uopo, occorre stabilire *uno schema* bene determinato, che comprenda non una prova, ma *una serie* bene determinata di prove, ciascuna delle quali sia adatta per saggiare una data funzione. E vedere poi quale o quali prove si dimostreranno insufficienti.

Nel presente lavoro noi abbiamo voluto dimostrare la necessità e la esattezza di tale concetto, mettendo in evidenza come le funzioni del fegato non sono tra loro armonicamente unite e quindi tutte contemporaneamente alterate quando esistano lesioni dell'organo, ma v'ha, come si presupponeva, dissociazione ed indipendenza delle varie funzioni epatiche, per cui l'insufficienza di una funzione non implica necessariamente l'insufficienza di tutte le altre.

Per il nostro scopo abbiamo fissato una serie di prove diverse, scegliendole fra quelle numerose proposte per lo studio della funzione epatica, e questa serie abbiamo eseguita su ciascuno degli infermi, che è stato oggetto del nostro studio.

---

(1) Un accenno a questo indirizzo è fatto nel lavoro di HESSE e HAVEMANN, *Klinische Wochens.*, 1 jahrg, n. 52) comparso quando queste ricerche erano già incominciate, e dirette a tutt'altro scopo, quale è quello di assodare qual'è il miglior metodo per studiare la funzionalità epatica.

La scelta delle prove costituenti la serie è stata difficile. Abbiamo riunito le prove proposte fino ad oggi per lo studio della funzione epatica in tanti gruppi, a seconda delle funzioni del fegato, che ciascuna prova può saggiare: così per es. abbiamo raggruppate le prove della glicosuria, levulosuria, galattosuria, glicemia, ecc., che valgono per la funzione glicogenetica; le prove della glicuronuria provocata, della cromocoloscopia, ecc., che servono per svelare la funzione antitossica, e via dicendo. E poi abbiamo scelto per ciascuna funzione — ma non prendendo per difficoltà di lavoro, tutte le funzioni in considerazione — quel tipo di saggio che ci è parso il migliore.

Bisogna osservare che purtroppo quasi nessuna delle prove conosciute per lo studio della sufficienza epatica è specifica.

Ciò dipende da molti fattori, di cui ricorderò i principali: *a*) la molteplicità delle funzioni dell'organo, non completamente indipendenti fra loro; *b*) la mancanza di insufficienza globale dell'organo, potendo non solo alcune funzioni essere lese ed altre integre, ma anche, per una stessa funzione, potendo la insufficienza essere parziale (com'è noto, per es., nel metabolismo albuminoideo epatico tutti gli aminoacidi possono essere normalmente trasformati, ad eccezione della cistina, che è eliminata tal quale dai reni); *c*) il difetto di specificità delle funzioni epatiche e la solidarietà funzionale con altri organi, come per es., i surreni nella colesterinogenesi, i muscoli e il pancreas e il cervello nella glicoregolazione, ecc.; *d*) l'impossibilità di isolare il fegato dalla influenza dell'attività di altri organi, quali l'intestino, da una parte, il quale assorbe, ed i reni dall'altra, i quali eliminano; tanto è vero che molte delle prove proposte per saggiare l'attività epatica, sono apparse talmente influenzate dai reni, che sono divenute prove per lo studio della funzione renale (eliminazione del bleu di metilene, azoturia provocata e simili).

Questi inconvenienti dell'esplorazione funzionale del fegato, possono essere in parte eliminati con opportune cautele (iniezione sottocutanea o intravenosa per togliere di mezzo l'attività assorbente intestinale, ricerca diretta sul siero di sangue, per sfuggire al fattore renale, ricerca diretta nel succo duodenale estratto colla sonda, ecc.).

Sul numero di differenti prove funzionali, che siano da ritenersi fidate, nei limiti del possibile, dopo queste precauzioni, noi abbiamo scelto, per ciascuna funzione epatica da esplorare, la prova (o le prove quando una sola non era sicura sufficientemente) che dava maggiore affidamento di sicurezza e specificità, e con la serie formata dall'insieme di queste prove noi abbiamo ricercata la funzionalità epatica dei singoli epatopazienti.

Le funzioni epatiche da noi simultaneamente esplorate così *in serie* (ed abbiamo già spiegato come e perchè esse non siano tutte quelle riconosciute al fegato) sono state: la biliare, la glicogenetica, la ureopoietica, la proteopessica, l'antitossica.

Accenniamo riassuntivamente a qualche particolare della tecnica usata.

I. *Funzione biliare.* — Allo scopo di ottenere dati più sicuri su questa funzione, abbiamo ricercato:

a) NELL'ORINA: *i pigmenti biliari* (colla prova di Gmelin);

i sali biliari (colle prove di Hay e di Pettenkofer);

l'urobilina (col metodo di Salkowsky);

b) NEL SANGUE: *la bilirubina* (con i metodi di H. van den Bergh e di Sabatini).

II. *Funzione glicogenetica.* — Abbiamo ricercato:

a) *la glicosuria provocata*, mediante la somministrazione di 150 grammi di saccarosio, raccogliendo le orine ogni mezz'ora, per 3 ore consecutive (reazioni chimiche usate: r. di Fehling, r. di Nylander);

b) *la glicemia provocata*, dosando il tasso glicemico a digiuno, e quindi somministrando 20 grammi di glucosio, sciolto in acqua.

Nelle due mezz'ore successive si prelevava il sangue dalla vena, per i dosaggi (eseguiti col metodo di Bertrand, modificato da Silvestri).

III. *Funzione proteica* o più esattamente *ureopoietica.* — Allo scopo di saggiare questa funzione abbiamo sottoposto i malati in esame a dieta costante, prima per 3 giorni, e poi per tutta la durata dell'esperimento. La qualità dell'alimentazione era quella più adatta alla malattia in atto; abbiamo avuto però cura di mantenere sempre costante la qualità e quantità delle sostanze proteiche introdotte.

Le nostre ricerche, eseguite sulle orine raccolte esattamente, hanno consistito nelle seguenti determinazioni preliminari:

dosaggio dell'azoto totale (col metodo di Kjeldahl);

dosaggio dell'azoto ureico (col metodo dell'ipobromito, non essendoci bene riuscito quello dell'ureasi; siccome però coll'ipobromito oltre l'azoto ureico viene calcolato una parte dell'azoto ammoniacale e degli ammino-acidi, così abbiamo aggiunto un po' di acido fosfotungstico, il quale precipita l'azoto presente sotto altra forma, che non sia l'ureica);

dosaggio dell'azoto ammoniacale, su campioni di orine nei quali era stata evitata ogni fermentazione mediante l'aggiunta di canfora o cloroformio.

Abbiamo usato il metodo di Sahli e preferibilmente quello a spostamento d'aria, modificato da Diena.

Da questi dosaggi, abbiamo dedotto gli indici dell'attività ureopoietica del fegato, che ci interessavano, e cioè:

1) *il coefficiente ureo-azoturico*, che è il rapporto fra azoto ureico e azoto totale

$$\left(\frac{\text{N ureico}}{\text{N totale}}\right);$$

normalmente è 0.85-0.90, e, per la diminuzione dell'urea, cresce (diminuisce infatti il valore del numeratore della frazione).

Questo stesso coefficiente si può ricercare nel sangue.

Però esso è stato criticato, perchè nel valore del denominatore del rapporto entrano elementi indipendenti dall'attività epatica, come l'acido urico e la creatinina; oltre l'eventualità che l'organismo abbia bisogno di ammoniaca per difendersi dall'acidosi, e quindi sottragga azoto alla sintesi dell'urea. Per ciò è preferibile il coefficiente d'imperfezione.

2) *il coefficiente di imperfezione ureogenetica*, chè dato dal seguente rapporto:

$$\frac{\text{N ammoniacale}}{\text{N ureico} + \text{N ammoniacale}};$$

questo coefficiente normalmente è di 4-6 %; aumenta col crescere dell'imperfezione ureogenetica.

IV. *Funzione proteopessica.* — È una varietà della funzione proteica del fegato intesa in senso lato. Durante l'assorbimento delle proteine — che vengono normalmente scisse in polipeptidi ed ammino-acidi — possono passare l'intestino e arrivare al fegato molecole più grosse, quali albumose e peptoni.

Il fegato normale le trattiene; il fegato malato le lascia passare (specie le molecole di peptoni), nel sangue, provocando allora l'insorgenza uno choc colloidoclasico.

È su questa concezione che è basata la prova dell'*emoclasia digestiva*, di Widal, che noi abbiamo provocata con la somministrazione di 150 grammi di latte, essendo il soggetto a digiuno e già stato sottoposto alla conta dei globuli bianchi, alla determinazione della formula leucocitaria e alla misura della pressione arteriosa.

V. *Funzione antitossica.* — Abbiamo limitato questa ricerca alla *glicuronuria provocata*, mediante somministrazione di gr. 0.10 di canfora rasa (*metodo della naftoresorcina* di Tolleus).

Abbiamo tentato anche la cromocoloscopia, somministrando per via endovenosa l'indigocarminio. Ma nei nostri ammalati questa sostanza ha prodotto spesso fenomeni di intolleranza (pallore improvviso, sudore freddo, diminuzione del battito cardiaco, ecc.); quindi non vi abbiamo insistito.

I protocolli delle nostre ricerche saranno, per ragioni di spazio, riportati solo negli estratti di questo lavoro. Qui riproduciamo una tavola riassuntiva dei risultati ottenuti.

TAVOLA RIASSUNTIVA.

Infermo	Malattia	Funzione biliare	Funzione glicogenetica	Funzione ureopoietica	Funzione proteopessica	Funzione antitossica
1	Diabete mellito	normale	alterata	alterata	Emoclasia positiva	alterata
2	Cirrosi atrofica	alterata	alterata	alterata	positiva	normale
3	Calcolosi epatica	alterata lievemente	normale	normale	negativa	alterata
4	Ittero da occlusione	alterata	alterata	normale	positiva	normale
5	Cirrosi mista	alterata	normale	alterata	positiva	alterata
6	Ittero infettivo	alterata	normale	normale	positiva	normale
7	Leucemia mieloide	normale	normale	normale	positiva	alterata
8	Cirrosi cardiaca	alterata	normale	normale	positiva	normale
9	Diabete mellito	normale	alterata	alterata	positiva	—
10	Echinococco epatico	alterata	normale	alterata	positiva	alterata
11	Cirrosi atrofica	alterata	normale	alterata	negativa	alterata
12	Colicistite calcolosa	alterata	alterata	alterata	negativa	alterata

Basta la lettura della tavola riassuntiva perchè emergano direttamente tutte le considerazioni e conclusioni, derivanti dalle nostre ricerche.

Aggiungeremo soltanto alcune osservazioni:

a) *In nessuno dei casi* — con lesioni epatiche bene determinate o con alterazioni epatiche supponibili — da noi studiati, abbiamo trovato *contemporaneamente* lese tutte le funzioni esplorate (senza contare le altre che vi erano da saggiare).

b) Considerando dal punto di vista delle varie malattie i risultati ottenuti, non possiamo dire, data la limitazione dei casi studiati, se a determinate malattie corrispondano determinati tipi, di insufficienza funzionale, costituiti da insufficienze uniche o riunite in gruppi speciali.

Stando all'osservazione dei 4 casi di cirrosi, dovremmo rispondere negativamente: invece i due casi di diabete mellito hanno dimostrato un comportamento delle varie funzioni pressochè identico, se escludiamo una differenza per quanto riguarda il coefficiente ureo-azoturico.

Notevole invece il profondo ed esteso perturbamento delle funzioni epatiche rivelatosi nella colecistite calcolosa. Bisogna ammettere che in questa malattia, apparentemente localizzata, e che nondimeno può produrre gravi disturbi dello stato generale, intervengano condizioni, che ledano l'attività del fegato profondamente, forse per stimoli nervosi riflessi, fors'anche per leggere infezioni generalizzate. Ricerche su assai più vasta scala ed eseguite determinatamente, volta per volta, sulla stessa malattia, potranno risolvere questo quesito.

c) Passando all'esame delle singole funzioni alterate, noi vediamo come:

la *funzione biliare* si trova quasi costantemente alterata negli epatopazienti in senso stretto; è normale nei diabetici;

la *funzione glicogenetica* è alterata in alcuni casi, normale in altri; (p. es., in tre su quattro casi di cirrosi fu trovata normale);

la *funzione ureopoietica* ha dato risultati assai concordanti con i presupposti fisiopatologici. Essa si è dimostrata alterata in 3 casi di cirrosi atrofica genuina, e integra in un caso di cirrosi cardiaca. Nei diabetici è stato osservato un costante disturbo di tale funzione, probabilmente in rapporto coll'alterato metabolismo non solo dei carboidrati, ma anche delle sostanze proteiche, che in questa malattia s'avvera. Tuttavia non è improbabile che detta funzione possa essere alterata nei diabetici, in quanto si ha in questi infermi una maggiore produzione di ammoniaca (per difesa contro l'acidosi), ciò che di necessità altera il valore del coefficiente d'imperfezione ureogenetica;

la *funzione proteopessica* non ci ha fornito, mediante l'emoclasia digestiva di Widal, risultati definiti ed utilizzabili. L'emoclasia è stata a volte positiva, a volte negativa, senza ragioni spiegabili;

la *funzione antitossica*, almeno sotto la sua forma di glicuronuria provocata secondo Roger, ha dimostrato un comportamento variabile, e non prevedibile dal lato clinico, e non ha fornito notizie di particolare interesse per la diagnostica e la fisiopatologia.

Riassumendo ora quanto siamo venuti esponendo possiamo anzitutto dire che il presupposto, da cui siamo partiti in questo studio, ha trovato un'assoluta conferma dimostrativa.

Se si è per il passato ammesso il parallelismo di tutte le funzioni del fegato e la loro solidarietà completa, oggi le nostre idee devono essere ben diverse. Pur supponendo, per le leggi generali della fisiologia, l'armonia delle varie funzioni epatiche, possediamo elementi per affermare che questa solidarietà si avvera soltanto nei limiti fisiologici. Sotto la azione delle differenti cause morbigene, le varie funzioni, che fors'anche hanno sedi anatomiche differenti nell'architettura complessa e oscura dell'organo, non decadono tutte contemporaneamente o non soffrono tutte in egual misura.

Di guisa che noi troviamo *sempre*, nella esplorazione funzionale del fegato, *una o parecchie funzioni più o meno profondamente alterate accanto ad altre assolutamente normali ed integre*.

È anzitutto quindi assolutamente erroneo il voler stabilire, dall'esplorazione di *una* funzione, la capacità e l'attività dell'organo intiero; l'aver voluto fino ad oggi seguire un simile criterio nello studio funzionale del fegato è stato la causa delle discordanze profondissime rilevate nei vari lavori e della frequente inspiegabilità dei risultati finali ottenuti.

Non esiste *una* insufficienza funzionale del fegato, ma esistono *le insufficienze funzionali epatiche*, che possono riguardare una o più funzioni del fegato stesso, mentre altre funzioni sono perfettamente sufficienti.

Presumibilmente a determinate malattie corrisponderanno l'insufficienza di una determinata funzione o l'insufficienza di uno speciale gruppo di funzioni, e viceversa. Ma ciò, di

cui trovasi un accenno di dimostrazione in questa nostra serie di ricerche, potrà stabilirsi con ulteriori lavori.

Come dall'esame di *un solo* tipo degli elementi morfologici normali del sangue (per es., gli eritrociti o i linfociti) non sarebbe possibile dire se esista o no una malattia del sangue stesso, ma occorre esaminare tutti gli elementi ematologici, secondo la formula stabilita, così noi dobbiamo avere «*una formula*» per l'esplorazione funzionale del fegato, uno *schema* possibilmente standardizzato affinchè i vari lavori possano essere di facile comprensione e diano risultati paragonabili fra loro.

In questa formula devono essere elencate le funzioni epatiche, di cui il clinico deve esplorare la sufficienza. Nel riportare i risultati di uno studio funzionale del fegato, ciascuno indicherà i dati ottenuti nel saggio della sufficienza di ciascuna funzione.

Noi in questo lavoro abbiamo fissato un ordine di ricerche, che non comprende, come dicemmo, l'esplorazione di tutte le funzioni del fegato, ma solo delle più interessanti, specifiche ed indipendenti. Potrebbe tale schema indicarsi col nome di «*formula d'orientamento per l'esame funzionale del fegato*». Esso comprende l'esplorazione delle funzioni biliare, glicogenetica, ureopoietica, proteopessica e antitossica.

Secondo poi i vari bisogni della clinica, alla formula d'orientamento saranno aggiunte le esplorazioni di tutte le altre funzioni, di cui possa occorrere di conoscere la capacità.

Stando alla necessità bene assodata di studiare molte funzioni epatiche per rendersi conto della sufficienza funzionale dell'organo, solo con l'adottare un metodo bene determinato e sempre identico, si potranno avere risultati, che non abbiano lacune, e siano rapidamente intelligibili e fra loro confrontabili, arrivando forse per questa via anche alla determinazione, di alto interesse clinico, di rapporti costanti fra tipi di lesioni epatiche e tipi di insufficienze funzionali.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI MANTOVA.
REPARTO CHIRURGICO diretto dal dott. MAMBRINI.

Due casi di Sodóku.

Dott. GIRALDI STEFANO, assistente.

Per quanto poco vi sia ormai da aggiungere sulla etiologia, sul quadro clinico e sulla terapia del sodóku, pure, constatando l'esiguo numero dei casi finora pubblicati, 11 soltanto, penso che non sia inutile aggiungere alla casistica due casi da me studiati nel 1922 nel Reparto di Chirurgia settici diretto dal primario dottor Mambrini, e ciò allo scopo di divulgare sempre più una malattia, che evidentemente deve essere più comune e frequente di quanto attualmente non risulti dalle statistiche, sia perchè poco nota, sia perchè avente un quadro clinico, simile a quello di altre malattie più comuni.

Si tratta di due donne l'una di Medole e l'altra di S. Giorgio Mantovano di cui riporto un sunto della storia clinica, che giace negli Archivi dell'Ospedale Civile di Mantova.

P. Angela, di anni 58, da S. Giorgio Mantovano; genitori morti in tarda età; una sorella morì di tubercolosi polmonare. Nessuna malattia pregressa ed anche il marito è sano. Ebbe 14 gravidanze, attualmente due soli figli viventi, l'uno sano, l'altro affetto da artrosinovite specifica del ginocchio da vari anni, 12 tra aborti e nati a termine, ma morti nei primi mesi di vita.

Morsicata da un topo al dito indice della mano sinistra il 9 aprile 1922 nelle seguenti circostanze:

Avendo visto una gallina presa dai denti di un grosso topo, cercò di liberarla dal morso, ma il topo eccitato lasciò la preda ed afferrò il dito della paziente, che non lasciò finchè non venne a morte strozzato dalla donna stessa coll'altra mano. Il topo era di enormi dimensioni, col pelo rosso sul dorso e bianco sul ventre. Medicò ella stessa la ferita per un periodo di 15 giorni, ma poscia avendo osservato tumefazione del dito morsicato e della mano, si recò dal medico, che le praticò due piccole incisioni senza che però uscisse pus dalle ferite, a quanto naturalmente riferisce la paziente.

Il medico la curò per qualche giorno, e poscia non migliorando le condizioni della ferita, la consigliò di recarsi a Mantova per farsi visitare da un noto chirurgo della città, il quale le consigliò l'ingresso in Ospedale.

Rifiutando l'a. il ricovero, venne inviata a me per la cura. La vidi in ventesima giornata e praticai una incisione sul lato palmare del dito senza dar esito a pus, riscontrando però che i tessuti incisi erano duri, infiltrati, grigiastri; zaffai e dopo qualche giorno la ferita cominciò a suppurare. La medicai dapprima giornalmente, poscia a giorni alterni. Il 20 maggio ebbe un accesso febbrile, preceduto da

brividi di freddo e seguito dalla comparsa di qualche macchia sul dorso della mano e sull'avambraccio di sinistra, accesso febbrile che io interpretai dipendente dalla linfagite locale. Il 15 giugno ebbe un secondo attacco febbrile senza alcuna eruzione cutanea. Il 20 giugno, essendo la ferita chirurgica completamente cicatrizzata, licenziai l'a. raccomandandole però di venire o di farmi avvisare se fosse nuovamente insorta la febbre e se fossero comparse delle macchie sul corpo. Le prescrissi inoltre una cura ricostituente, essendo l'inferma prostrata di forze. Il 4 luglio infatti ritorna raccontandomi che il giorno precedente aveva avuto un terzo attacco febbrile, sempre preceduto da forti brividi di freddo e contemporaneamente constatai che erano comparse sul corpo delle macchie con caratteri di quelle descritte per il Sodóku. Al momento dell'esame per quanto l'A. credesse di essere apirettica, era febbricitante con 38.6' di temperatura. La consigliai di entrare nell'Ospedale, ella mi chiese un giorno di tempo, che non potei rifiutare. Entrò il 6 luglio 1922. Al suo ingresso l'a. è cosciente, leggermente febbricitante, non cianotica, non dispnoica. Scadente è lo stato della nutrizione e della sanguificazione. Nulla all'apparato circolatorio, respiratorio ed all'addome. Il dito indice della mano sinistra è rigido e presenta nella sua superficie palmare per quasi tutta la sua estensione una cicatrice pressochè lineare; parzialmente limitato è il movimento delle altre dita. Dolentissimo è tutto l'arto di sinistra specie nei suoi movimenti attivi e passivi. Non gangli alla regione epitrocleare sinistra, mentre se ne palpa qualcuno nel cavo ascellare dello stesso lato. Sull'arto superiore sinistro, come pure sugli arti inferiori, sul ventre, sulla parete anteriore del torace e sul dorso l'inferma presenta al momento dell'esame delle rilevatezze ponfoidi di forma rotonda e di grandezza variabile dalla moneta di un centesimo a quella di uno scudo, disseminate irregolarmente ed asimmetricamente. Ne sono esclusi il viso ed il collo. Tali rilevatezze di colorito più rosso della cute circostante, presentano un alone lievemente iperemico. La pressione digitale sulle formazioni provoca immediata ischemia, che scompare con grande rapidità. Si rileva a carico della cute solo una imbibizione sierosa.

Soggettivamente l'inferma ha lieve sensazione di prurito sulla zona colpita e la forma cutanea ha i caratteri dell'urticaria.

L'esame delle urine fatto in data 6 luglio 1922 rileva la presenza di zucchero in proporzione del 16.75 ‰. La temperatura si mantiene subfebbrile raggiungendo un massimo di 37.7 nelle prime giornate di degenza e precisamente fino al 12 luglio epoca in cui venne iniziata una cura appropriata. di cui parleremo in seguito, la quale modificò rapidamente l'andamento della curva termica. Si è atteso vari giorni prima di iniziare una cura conveniente allo scopo di eseguire alcune ricerche cliniche. microscopiche e sperimentali avanti che il farmaco agisse favorevolmente nell'andamento della malattia.

In data 7 luglio 1922 abbiamo fatto un esame completo del sangue con il seguente reperto:

Hb–30; globuli rossi 4.200,000; globuli bianchi 8600: rapporto 1:488: V. globulare 0,37; formula leucociaria=; polimorfonucleati neutrofili 71 %; polimorfonucleati eosinofili 0 %; polimorfonucleati basofili 0 %; mononucleati grandi e forme di passaggio 3 %; linfociti 15 %; forme in distruzione 1 %; mielociti 1 %; G. R. N. 1 %.

La reazione di Wassermann nel sangue risultò negativa. La ricerca dello spirochete nel sangue periferico e nel siero estratto raschiando leggermente una papula ed eseguita mediante vari strisci su vetrino portaoggetti colorati con vari metodi e cioè alcuni colla fuxina, altri con il medesimo procedimento usato per il parassita malarico ed altri ancora col metodo Fontana-Tribondeau, ha dato sempre un risultato negativo.

Ciò deve probabilmente attribuirsi e alla grave difficoltà della ricerca dello spirochete riconosciuta da tutti gli autori e dal fatto che le ricerche debbono essere eseguite nel periodo dell'acme dell'accesso febbrile, periodo a cui non abbiamo potuto assistere, dato che tre accessi febbrili si sono presentati prima del suo ingresso in Ospedale e le condizioni di salute dell'ammalata non permettevano di differire a lungo la cura, in attesa di un altro accesso febbrile che poteva anche tardare a comparire.

Il giorno 9 luglio vennero estratti dalla vena mediana della paziente circa 10 cmc. di sangue che, defibrinato, venne iniettato nel cavo peritoneale di una cavia allo scopo di trasmettere sperimentalmente il sodóku.

Anche per questa ricerca il risultato è stato negativo e la cavia tenuta in osservazione per un lungo periodo di tempo, non ha presentato alcuna manifestazione locale o generale. Finalmente l'11 luglio si praticò la prima iniezione endovenosa di neosalvarsan in dose di grammi 0,15; e dopo sei giorni si iniettarono nuovamente grammi 0.30 di neosalvarsan. Dopo la seconda iniezione l'a. fu sempre apirettica e le macchie cutanee andarono rapidamente impallidendo fino a scomparire completamente dopo la terza iniezione di gr. 0.45.

Ne venne praticata ancora una quarta da gr. 0.45 a distanza di una settimana dopo della quale l'a., migliorata notevolmente nelle sue condizioni generali, essendo scomparsa ormai ogni manifestazione cutanea viene dimessa in data 30 luglio, avendo cura però di eseguire prima un altro esame completo del sangue e delle urine.

Già un secondo esame dell'orina fatto il 16 luglio aveva rilevato che la percentuale dello zucchero era notevolmente diminuita essendosi ridotta al 5 ‰. L'ultimo esame eseguito in data 28 luglio ci dà una percentuale di 2.50 ‰ di zucchero.

L'esame del sangue dà il seguente reperto:

Hg. 60; globuli rossi 4,400,000; globuli bianchi 6800; rapporto 1: 646; valore globulare 0.68: formula leucocitaria %; polinucleati neutrofili 52; polinucleati eosinofili 0; polinucleati basofili 0; mononucleati grandi e forme di passaggio 5; mononucleati piccoli 14; linfociti 28; forme in distruzione 1; mielociti 1; G. R. N. 1.

Confrontando il primo esame completo del sangue fatto al momento dell'ingresso dell'ammalata in Ospedale, con quello eseguito a cura terminata, vediamo che il numero dei globuli rossi da 4,200,000 si è portato a 4.400,000 avvicinandosi assai alla cifra media normale nella donna di 4,500,000 per mmc.: l'emoglobina, che prima era rappresentata dalla cifra 30.

dimostrando la povertà di emoglobina stessa dei globuli rossi e quindi il grave stato anemico della paziente, diventa 60 nel secondo esame, dopo solo 20 giorni di cura, denotando un notevolissimo miglioramento nelle condizioni di sanguificazione della donna affetta da sodóku.

Il numero dei globuli bianchi invece subisce una notevole riduzione di numero per cui da 8600, cifra leggermente superiore alla normale, si porta a 6800 per mm³, onde il rapporto tra i globuli bianchi e globuli rossi, che prima era come 1:488, diviene 1:646 ed il valore globulare da 0,37 diviene 0,68.

Esaminando ora la formula leucocitaria si ha nel 2° esame rispetto al primo una riduzione, da 71 % a 52 % dei polimorfonucleari neutrofili; gli eosinofili sono sempre 0; e così i basofili; i mononucleati grandi e piccoli subiscono un notevole aumento nella loro percentuale; i linfociti da 15 % si portano a 28 %.

2° CASO:

N. Giuseppina di anni 20 da Medole. Entra in Ospedale il 19 giugno 1922. Anamnesi ereditaria negativa, nessuna malattia pregressa degna di nota, all'infuori di un flemmone sviluppatosi anni fa nello stesso dito nel quale ultimamente venne morsicata.

L'A. nel novembre u. s. sposò un uomo robusto e sano. Mai gravidanze. Morsicata al dito medio della mano sinistra da un topo, quarantacinque giorni addietro, mentre al buio prendeva delle fascine per accendere il fuoco.

Comprese immediatamente trattarsi di un topo sul quale ella aveva, data l'oscurità della cantina, posta la mano, e dal quale potè liberarsi solo quando alle sue grida accorse il marito, che uccise il topo strangolandolo.

Aveva riportato tre morsi prodotti rispettivamente da tre denti, di cui si distingueva netta l'impronta penetrata profondamente nelle parti molli della superficie dorsale della prima falange del dito medio della mano sinistra. Il topo morsicatore era molto grosso, armato di lunghi denti, con pelo di colorito grigiastro uniforme.

Doveva trattarsi di un topo di fogna date le sue dimensioni, la sua aggressività e l'esistenza di una conduttura di acque di rifiuto nel cortile. La paziente venne tosto medicata dal farmacista del paese sembra con soluzione fenica, ed al mattino seguente dal medico che usò la tintura di jodio. Nei giorni successivi, pur continuando a lavorare in casa, non ebbe mai l'occasione di mettere il dito ferito in contatto con oggetti sudici e neppure con l'acqua, portando sempre una fasciatura protettiva. L'andamento della ferita fu pressochè normale per i primi sei giorni, ma in settima giornata il dito si fece dolente e tumido e comparvero dei gangli alla regione epitrocleare ed ascellare dello stesso lato. Il medico curante le ordinò degli impacchi caldi, umidi ed in nona giornata, avendo avuto l'impressione di fluttuazione locale, fece una piccola incisione dorsale da cui fuoruscì soltanto qualche goccia di sangue. Durante detto periodo, a quanto afferma l'a., non vi fu mai temperatura febbrile. In seguito a detta incisione le condizioni del dito parvero migliorare, persistendo però sempre l'ingorgo dei gangli regionali, ora più ora meno evidente, ed aggiungendosi una leggera tumefazione della mano e dell'avambraccio. Così si mantennero le condizioni locali, finchè in 35ª giornata venne colta da lieve accesso febbrile preceduto da brividi di freddo, con cefalea, dolori diffusi a tipo reumatico, fotofobia.

Nel contempo si aggravarono i fatti locali, e cioè si fece più spiccata la tumefazione della mano e dell'avambraccio e del braccio di sinistra; le ghiandole si fecero più grosse e dolenti e non fu più capace di estendere completamente l'avambraccio sul braccio, essendone impedita da vivo dolore e da senso di stiramento alla regione anteriore dell'avambraccio, fatto per cui l'a. tiene l'arto in posizione obbligata di semiflessione.

Anche l'arto superiore destro, che le apparve leggermente tumido, era dolente, ma in grado assai minore del corrispondente di sinistra. Contemporaneamente comparvero delle macchie rosse sul petto, sul ventre, sul dorso e sugli arti, macchie alcune piccole, altre grandi come uno scudo, che ora si facevano più rosse ed ora più pallide, ed il cui numero era di poche decine. Contemporaneamente l'occhio destro si arrossò e comparve lacrimazione. Rimase in piedi ancora per qualche giorno nonostante lo stato fèbbrile e la grave debolezza generale, finchè consigliata dal medico curante si recò da un chirurgo della città, accompagnata da un biglietto di presentazione nel quale il medico narrava di aver praticato delle iniezioni di siero antistreptococcico senza alcun risultato.

Consigliata di entrare in Ospedale viene accolta il 19 giugno 1922 alle ore 17. Al suo ingresso la temperatura è 38.6', il polso 104', lo stato psichico è normale ed il sensorio è libero. Esclude di avere mai sofferto di malattie veneree, non ha perdite dai genitali.

Lo stato generale è buono, la nutrizione è ottima; nulla di notevole si rileva all'esame dell'apparato circolatorio e respiratorio; addome indolente, trattabile, fegato e milza nei limiti normali.

Sulla superficie dorsale della 1ª falange del dito medio della mano sinistra si nota una crosta a forma irregolarmente rotondeggiante, larga come una moneta da due centesimi, asportata la quale si mette allo scoperto una superficie granuleggiante. Il dito è leggermente tumefatto e così pure la mano, l'avambraccio ed il braccio. In tutto l'arto superiore sinistro, e generalmente nella sua superficie dorsale, si notano delle macchie aventi tutti i caratteri di quelle descritte nel caso precedente, alcune isolate, altre confluenti, le une piccole come una moneta da due centesimi, le altre grandi come uno scudo. Altre macchie, sebbene in numero assai più limitato, sino a raggiungere la ventina circa, si riscontrano sul rimanente della superficie del corpo ed alcune più evidenti si riscontrano sugli arti inferiori, formate da una parte centrale più pigmentata ed una periferica di un colorito rosso bruno. Nelle regioni ascellare e sopraclaveare sinistra si palpano alcune linfoghiandole infiltrate, dolenti.

L'esame chimico e microscopico delle orine ci dà un reperto normale ed all'esame dell'occhio destro, fatto dallo specialista, non riscon-

trasi che un leggerissimo edema palpebrale. La Wassermann è negativa.

La temperatura della ammalata nei primi giorni di degenza e prima dell'inizio della cura è sempre subfebbrile con esacerbazioni irregolari, precedute da qualche brivido di freddo; durante detto periodo la temperatura non supera mai i 38.6' ed è sempre leggermente superiore se misurata nell'ascella di sinistra, che corrisponde al lato colpito dal morso. Anche in questo caso viene eseguita ripetutamente e pazientemente la ricerca dello spirochete nel sangue, che riesce negativa, e così pure negativa è la prova sperimentale: venti centimetri cubici di sangue defibrinato estratti dalla vena mediana della paziente ed iniettati nella cavità peritoneale di due cavie, nella dose di 10 cmc. per ciascheduna, non producono alcuna alterazione nelle cavie stesse osservate per un lungo periodo di tempo.

In data 26 giugno s'iniettano per via endovenosa cgr. 10 di neosalvarsan e dopo due ore circa insorgono forti brividi di freddo seguiti da temperatura alta (39.3) e con aggravamento analogo alla reazione di Herxheimer nella sifilide. Questo fatto notevole, già riscontrato dal Martinotti, serve a dimostrare l'azione specifica del medicamento, come la causa etiologica, avendo gli arsenobenzoli azione fortissima antispirillare. Durante detta reazione febbrile le papule cutanee si fanno più vivamente colorate e ne compare una nuova, preceduta da prurito, ed avente i soliti caratteri.

L'iniezione congiuntivale dell'occhio destro si fa più spiccata e provoca fotofobia. Al mattino seguente la temperatura è normale e tale si mantiene sempre durante tutta la sua rimanente degenza in Ospedale. Tre giorni dopo la 1ª iniezione le macchie sono quasi ovunque scomparse e l'ammalata asserisce di sentirsi bene come da vario tempo non si sentiva.

Ad intervalli di 4-5 giorni si fanno altre iniezioni endovenose a dosi crescenti di gr. 0.30-0.45-0.60.

Il 16 luglio viene dimessa, guarita di tutte le manifestazioni cutanee di cui non si osserva più traccia, e notevolmente migliorata nelle sue condizioni di nutrizione e di sanguificazione; le si prescrive una cura ricostituente per bocca e la si prega di ritornare dopo qualche tempo.

L'esame del sangue eseguito anche in questo caso prima e dopo la cura, ha dato un reperto presso a poco simile al precedente con povertà di globuli rossi, di emoglobina e leucocitosi nel primo esame, ed un reperto molto vicino al normale nel secondo esame fatto al momento della sua uscita dall'Ospedale.

***

Ho avuto occasione di rivedere più volte le due ammalate di cui mi sono occupato, ed anche a distanza di più di un anno, ho riscontrato che stanno perfettamente bene, non avendo più avuto alcun disturbo nè locale nè generale in relazione col morso di topo subìto.

Per concludere dirò che questa mia nota non ha la pretesa di dire cose nuove, ma soltanto di aggiungere due casi di sodóku alla scarsa statistica finora pubblicata in Italia ed in Europa.

E che si trattasse veramente di sodóku, per quanto le ricerche microscopiche e biologiche siano riuscite negative, lo provano l'andamento clinico, il carattere della curva termica, delle eruzioni cutanee e la guarigione rapida ottenuta cogli arseno benzoli; guarigione che ritengo definitiva perchè controllata anche ad un anno di distanza. E prima di chiudere mi siano lecite alcune brevi osservazioni:

1) È lecito ritenere che il sodóku anche in Italia sia malattia più frequente di quanto si crede, poichè la maggior parte dei casi di febbre da morso di topo debbono passare inosservati o non diagnosticati o confusi con altre malattie ad andamento clinico simile, come la malaria, la febbre da trincea, ecc.

2) Il periodo di incubazione nei due casi da me descritti è stato nell'uno di 35 giorni e nell'altro di 40.

3) Il Sodóku presso di noi è malattia benigna che probabilmente alla lunga si attenua e finisce col guarire anche spontaneamente.

4) Nessun'altra lesione ho riscontrato negli esami dei vari organi all'infuori della diminuzione del numero dei globuli rossi, della loro povertà di emoglobina e della leucocitosi.

Nel 1° caso si è rilevata pure la presenza di zucchero nelle orine la cui quantità peraltro si è ridotta notevolmente colla cura, ma che non si può escludere potesse preesistere alla presente malattia.

5) Rimedio efficacissimo contro di essa sono gli arseno benzoli, che iniettati in piccole dosi e per breve periodo di tempo provocano la guarigione rapida e completa.

BIBLIOGRAFIA.

FRUGONI. Riforma Medica, 1911.

PIAZZA. Morgagni, 1912.

FRUGONI. Rivista Critica di Clinica Medica, 1913.

PERUGIA e CARCHIDIO. Riforma Medica, 1915.

DANDOLO. Policlinico, 1915.

ZANNINI. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1914.

MARTINOTTI. Giornale Italiano delle Malattie veneree e della pelle, 1917.

BORELLA. Policlinico, 1918.

BERGAMINI. Policlinico, 1919.

MOLINARI. Riforma Medica, 1917.

Un caso di Sodóku

per i dott. GIOVANNI BEZZI e NELLO MORATTI.

Bartoli Vladimiro, di anni 7. Anamnesi famigliare negativa; padre, madre e fratelli viventi in stato apparentemente buono di salute. Negata lue dai genitori. Il paziente è nato a termine da parto fisiologico, ha avuto allattamento materno fino a 14 mesi di età. Soffrì nel primo mese di vita di una forma congiuntivale purulenta guarita perfettamente. Morbillo a dieci anni. Fino a sei mesi fa è stato sempre bene, in forza e vivace, quando ha cominciato **a** perdere l'appetito ed a dimagrire. Fu assegnato da un medico ad una colonia alpina, non sappiamo per quale precisa indicazione.

Ci riferiscono i famigliari che il 31 maggio u. s. il bambino, mentre giocava con coetanei, afferrò un topo (parrebbe trattarsi del comune *mus decumanus*) dal quale fu morso alla faccia dorsale del primo spazio intermetacarpico della mano sinistra. La piccola ferita venne disinfettata dai famigliari con tintura di iodio e sublimato, e la mattina dopo fu accompagnato ad un ambulatorio medico dove la lesione fu cauterizzata e giudicata guaribile in giorni 10. Non ostante ciò il p. si mantenne ancora nel completo benessere fino a sei giorni dopo l'accaduto, vale a dire al 6 giugno corrente.

In tale giornata la ferita, che erasi apparentemente cicatrizzata, con aspetto normale dei tegumenti, pur non arrecando grave disturbo al paziente, si tumefece con arrossamento circoscritto ed infiltrazione cutanea poco estesa. Per tali manifestazioni la madre fu indotta a chiedere consiglio ai sanitari, ed a questo scopo si riportò nel su accennato ambulatorio. Se non che il parere del sanitario fu negativo, ritenendo questi che la lesione fosse in normale corso di reintegrazione. Il giorno successivo, e cioè in settima giornata, si produsse un fatto nuovo rappresentato da un accesso febbrile comparso subitaneamente, che, a detta della madre, raggiunse un forte grado di intensità e successivamente cedette nelle 24 ore.

Non ci è dato riferirne più dettagliatamente i caratteri. La surriferita ipertermia si ripetè ancora tre o quattro volte con carattere di spiccata intermittenza fino al giorno 14 c. m., in cui, vista da uno di noi, dava nelle ore pomeridiane 38.8 di temperatura massima.

E. O. — Bartoli V., di anni 7. Bambino di costituzione scheletrica normale. Cute sollevabile in ampie pieghe, pannicolo adiposo scarsissimo. Cicatrice da ustioni all'avambraccio destro. Esistono pure discromie alla regione lombare, residuo di una antica affezione cutanea che i famigliari asseriscono fosse un eczema e che come tale fu curata. Mucose visibilmente pallide; tinta subitterica delle sclere. Muscoli ipotrofici ed ipotonici. Stato di nutrizione scadentissimo che a detta della madre si sarebbe prodotto quasi esclusivamente nei primi giorni di malattia. L'apparato ganglionare linfatico mostra una poliadenopatia sviluppatissima alle regioni inguinali, ascellari, laterali del collo, pettorali persino. Manca alle regioni epitrocleari. Il bambino giace supino, apatico, in stato di rilevante prostrazione. Nulla a carico del sistema nervoso, del sistema cardio-vascolare e dell'apparato respiratorio come dell'apparato uro-genitale. Addome discretamente tumido, resistente alla palpazione, di modo che riesce malagevole definire le condizioni dei visceri in esso contenuti. Pur tuttavia non si riesce a porre in evidenza alcun dato patologico a carico del tubo digerente e della milza. Fegato non ingrandito, in limiti normali.

Il reperto più interessante si ha nella mano e nel braccio sinistro. La cicatrice di cui sopra appare ancora arrossata, tumefatta, infiltrata e indolente. Lungo la faccia volare dell'avambraccio si notano striscie poco estese di colore rosso-vinoso, e dello stesso colore appaiono alcune chiazze assai bene pronunciate, fra lenticolari e nummulari, che siedono in special modo alla piega del gomito. Alla ascella si ha una bene evidente reazione delle linfoglandule e tessuto periganglionare con tumefazione e pseudo-fluttuazione, senza rossore della cute, poco dolente. Tale fatto aveva indotto un sanitario all'incisione, che poi non venne da noi praticata. Lieve dolorabilità alla pressione sul lato omonimo del collo e ai movimenti impressi. La temperatura, come sopra è detto, oscillava tra 38.5-39. In ottava giornata, fatta la diagnosi di Sodôku, permanendo immutato il quadro generale e locale suddescritto, ad eccezione della febbre in declino dalle prime ore del mattino, si pratica una endovenosa di Neosalvarsan gr. 0.10.

Il bambino lascia il letto il giorno dopo con scomparsa delle macchie cutanee già in via di regressione nella sera precedente, e della reazione ganglionare alla ascella. Non si rivede per alcuni giorni, nei quali per altro permane immutato lo stato di benessere, e a sette giorni di distanza si pratica la seconda iniezione di 0.25 Neosalvarsan. Reazione nulla. Il paziente già dalla prima iniezione mostra un pronto ritorno all'appetito, forza e vivacità. Parte a giorni per una colonia alpina e non

possiamo averlo ancora sott'occhio; ripromettendoci però di seguirlo da lontano, lo congediamo. Lo stato di salute è buonissimo; permane ancora una lievissima infiltrazione sulla cicatrice, accompagnata da lieve colorito paonazzo e leggera rilevatezza.

I comuni esami di laboratorio non hanno dato alcun reperto degno di nota. Le speciali ricerche che secondo Futachi, Ishiwara ed altri ricercatori giapponesi e successivamente italiani (dei quali completo lo studio del Frassi in *Morgagni*, Archivio, novembre 1921, e l'altro dello Stretti e Mantovani in *Policlinico*, Sez. Prat., n. 26, 1921) potevano essere eseguite per la ricerca microscopica e biologica della spirochaeta morsus muris, non furono esperite per il rifiuto dei famigliari ad assoggettarvi il paziente, al quale, a stento, si potè ottenere di fare le due endovenose. Così non si potè eseguire la ricerca microscopica nel sangue, nella pelle, nelle linfoghiandole coi già noti mezzi, nè tentare l'inoculazione in cavie. Tuttavia non ci sembrò indispensabile di procedere a tali ricerche dato il quadro dell'affezione, tipico per il momento eziologico, per il decorso clinico e per la riprova terapeutica.

Reggio Emilia, giugno 1923.

BIBLIOGRAFIA.

LUSTIG e GALEOTTI. *Pat. Gen.*, ultima ed., vol. 1.
Nouveau Traité de médecine (ed. Masson), volume V.
Policlinico, Sez. Prat., 1921, n. 26.
Ibidem, 1922, n. 24.
Morgagni. Archivio, n. 11, 1921, con estesissimo indice bibliografico.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI ORTONA A MARE
diretto dal prof. dott. C. LICINI.

L'ereditarietà nelle malattie della circolazione

per il dott. SALVATORE ANTONIO SANVITALE
ex-interno al Policlinico Umberto I in Roma
Direttore dei laboratori clinici.

Il prof. Giovanni Galli, nel pubblicare nel n. 3 della Sez. Prat. del *Policlinico* 1920, l'albero genealogico di una famiglia in cui la cardiopatia si mostra nettamente ereditaria, invitava i medici pratici alla ricerca di casi simili, nella giusta persuasione che il medico che esercita in un ambiente ristretto, conoscendo la propria clientela in tutta la estrinsecazione della loro vita e nelle relazioni di parentela, sia quello che più facilmente si trova nelle condizioni per raccogliere la storia e l'albero delle famiglie dove il fenomeno si riscontra.

Per questa ragione ho creduto utile pubblicare il presente albero genealogico nella convinzione di portare un piccolo contributo allo studio della questione, specialmente potendosi da esso ricavare l'ereditarietà in alcuni rami sino alla quinta generazione, dove se non si riscontra una vera cardiopatia in atto, si trova una facile esauribilità con cardiopalmo contrassegnato da polso permanentemente frequente (100-110) che aumenta fortemente di numero ad ogni piccolo strapazzo, accompagnandosi ad ambascia precordiale.

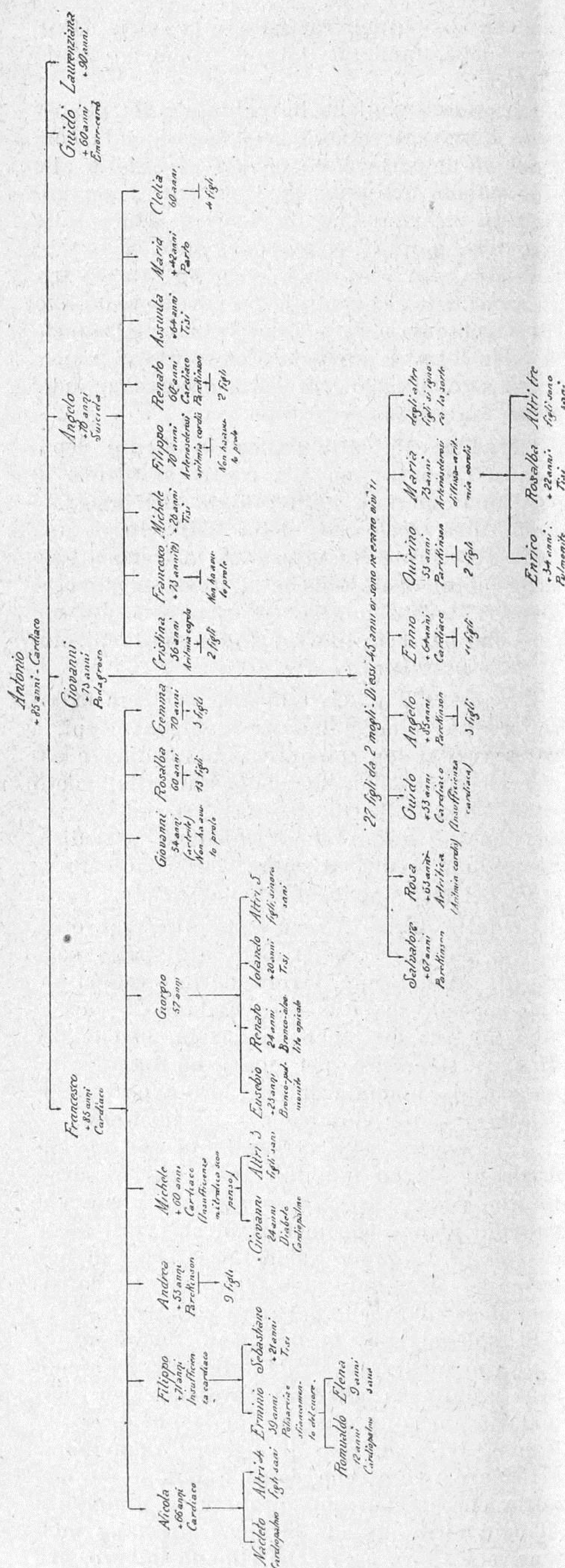
L'ereditarietà cardiopatica in alcuni ceppi non si riscontra, ma per contro si ritrova in essi una speciale vulnerabilità dell'apparato pulmonare (frequenza della tisi) oppure una forma cerebrale che si esplica in tremori parckinsoniani, malattia che si trova in parecchi membri della famiglia, ed infine bisogna notare che parecchi individui non capitano sotto la mia osservazione.

L'esame dell'albero dimostra evidente la tara ereditaria specialmente in alcuni ceppi, e della cosa si son convinti spontaneamente anche alcuni componenti della famiglia, edotti come sono della morte degli ascendenti per cardiopatia, tanto che richiedono periodicamente una visita al cuore, per conoscere lo stato del loro apparato circolatorio.

Un fatto degno di nota è che alcuni di quelli che poi sono morti per cardiopatia sono vissuti ottimamente, lavorando in mestieri anche abbastanza faticosi ed andando a caccia, sino ad una età anche avanzata, sinchè per un lieve strapazzo, per una lieve malattia intercorrente, ammalarono nel loro apparato circolatorio senza riuscire più a rimettersi.

A convincere della vulnerabilità speciale che esiste in alcune famiglie nell'apparato circolatorio, oltre che l'albero allegato credo che valgano alcune considerazioni che ogni medico può fare quando abbia l'accortezza di non fermarsi al malato, ma ricercare le notizie anamnestiche anche dei rami collaterali.

Si spiegherebbe in tal modo facilmente il fatto, in apparenza strano, che mentre alcuni sono colpiti da affezioni cardiache per lievi malattie, vi sono altri in cui le più gravi affezioni, ivi compreso il classico reumatismo articolare acuto, che come è noto è la malattia che lascia come postumo a preferenza di ogni altra, lesioni cardiache, restano inoffensive sul loro cuore che rimane integro, ora se si rimonta nel gentilizio si riscontra facil-



mente che mentre quelli sono tarati cardiologicamente, questi sono immuni da tale tara.

Altra considerazione degna di nota è il fatto bene accertato, che mentre alcuni malati hanno dei vizi valvolari di cui non hanno nozione, in quanto non risentono alcun inconveniente, potendo essi lavorare come una persona normale, per l'ottimo compenso del loro cuore, e vengono a conoscere il loro difetto per pura combinazione, chiamando il medico per tutt'altra affezione, vi sono degli altri a cui un lieve vizio cardiaco porta dei disturbi gravissimi, che impediscono ogni lavoro, quasi che il loro cuore fosse stanco prima di ammalarsi, ora se si rimonta nel gentilizio si riscontra anche in quest'ultimi in una fortissima percentuale una lesione dell'apparato circolatorio negli ascendenti.

Alla stessa conclusione porta lo studio delle aortiti sifilitiche che sono molto più frequenti nei malati i cui ascendenti ebbero a soffrire turbe nell'apparato circolatorio, che se così non fosse, data la grande diffusione della sifilide, le aortiti dovrebbero essere molto più frequenti che non sono.

A riprova del fatto riporto in succinto la storia di due casi di aortiti luetiche in cui risulta evidente l'influenza della ereditarietà.

CASO I. — Abele B., di anni 44.

Padre morto a 72 anni per emorragia cerebrale, madre di 68 anni affetta da reumatismo cronico ed insufficienza mitralica con facile scompenso che la obbliga all'assoluto riposo.

Terza di cinque figli tutti obesi ed artritici ad eccezione di uno che vive in ottime condizioni di salute.

Non ricorda morbi degni di nota.

Mestruata a 14 anni i mestrui furono da ragazza sempre regolari per quantità e qualità.

Maritata a 28 anni ebbe all'inizio un aborto al terzo mese, dopo di che divenne permanentemente amenorroica. Il marito si è contagiato di lue celtica a 23 anni, circa 12 anni prima del matrimonio e presenta tuttora segni evidenti di sifilide attiva con R. W. positiva.

Circa il mese di febbraio 1922 cominciò ad avvertire dei dolori alla regione precordiale e più verso la base del cuore, dolori che si irradiavano alla gola ed al braccio sinistro; visitata si riscontra ectasia dell'aorta con insufficienza della valvola, qualche aritmia.

Curata con iniezioni di calomelano e ioduro a forti dosi ne risentì subito un forte giovamento ed ora vive in buone condizioni.

CASO II. — Tommaso P., di anni 53.

Padre morto a 63 anni per cardiopatia, madre morta a 74 anni per bronchite cronica, due fratelli ed una sorella sono viventi e sani. A 22 anni si contagiò di sifilide, curata saltuariamente; non ricorda altri morbi degni di nota.

A 41 anno ha contratto matrimonio con donna sana e ne ha avuto tre figli di cui due presentano spiccatissime le stimmate sifilitiche.

A 45 anni cominciò ad avvertire dei disturbi a carico del cuore con dolori anginoidi. Visitatolo in quel tempo riscontrai ectasia dell'aorta con insufficienza della valvola e notevole aritmia, disturbi che con opportune, energiche cure riuscii a far scomparire.

Colla guerra ha rallentato le cure sicchè la malattia ha ripreso il suo rigoglio e non si è lasciata più dominare; gli accessi anginoidi, cui andava soggetto, divennero sempre più frequenti, finchè nell'estate 1922 durante un attacco più forte cessava di vivere.

Questi due casi a me sembrano molto istruttivi in quanto dimostrano che mentre i coniugi non tarati vivono in buone condizioni, quelli che hanno la tara ereditaria cardiaca sono attaccati nell'apparecchio vascolare e di essi uno è già morto.

Le stesse considerazioni credo devono farsi per i cosidetti vizî primitivi del cuore, intendendo per tali quelli in cui l'anamnesi più rigorosa non riesce a dare, al lume delle nostre conoscenze, la ragione del male, vizî che spesso hanno una causa ereditaria.

Giustamente osserva il prof. Galli di non saper spiegare la ritrosia dei medici ad ammettere generalmente l'ereditarietà nelle malattie della circolazione.

Come oggi è acquisito alla scienza, molte malattie sono ereditarie se non « sensu strictiori » certo in un senso lato, in quanto non si eredita la malattia vera e propria ma l'habitus, una specie cioè di anergia in quell'apparato, per cui basta il minimo urto, il minimo momento di forza perchè l'organo ammali, laddove il medesimo urto in una persona allergica non darebbe nessun inconveniente; avverrebbe cioè lo stesso di quello che avviene per esempio nella tubercolosi, in cui il figlio di genitori tubercolotici, pur non nascendo con la malattia, eredita dai genitori quello stato speciale di anergia per cui ammala facilmente, laddove un bambino nato da genitori sani resiste vigorosamente all'infezione e si salva.

SUNTI E RASSEGNE.

SIFILOGRAFIA.

La diagnosi di sifilide congenita dei neonati e dei poppanti.

(Sintomi clinici di probabilità. Reazione di Wassermann).

(A. B. MARFAN. *La Presse médicale*, n. 36, 5 maggio 1923).

Spesso per stabilire la diagnosi di sifilide congenita è necessario ricorrere ai sintomi clinici di probabilità o alla R. W., quando facciano difetto i sintomi clinici di certezza.

I sintomi di probabilità sono quelli che, causati assai spesso dalla sifilide congenita, possono però anche esserlo da altre malattie.

Antecedenti famigliari. Quando è provata con certezza la sifilide nei genitori si ha il dovere di considerare come probabile l'infezione nella prole, specie quando il padre e la madre sono ambedue sifilitici e lo sono da poco tempo: in queste condizioni, secondo A. Fournier, i figli nascono infetti nel 92 % dei casi.

Frequenza di aborti e di parti prematuri anteriori alla nascita del bambino malato. Bisogna considerare sospetto di lue il neonato se la madre ha avuti antecedentemente degli aborti, specie se vi sono stati feti macerati ossia con i tegumenti sanguinolenti ed esfogliati.

Poliletalità dei bambini. In alcune famiglie i bambini muoiono subito dopo nati o qualche tempo dopo senza che se ne possa spiegare la causa: si ricerchi in tali casi la sifilide che ben spesso è l'origine di questa poliletalità infantile.

Gestazione gemellare. Le gravidanze gemellari sono frequenti nelle famiglie di sifilitici ed i gemelli spesso presentano segni di sifilide congenita: da ciò però non deve ritenersi che la gestazione doppia si osservi solamente ove vi è sifilide nei genitori.

Idramnio. Stato della placenta. L'idramnio materno è un segno di probabilità perchè infatti questo stato morboso è assai frequentemente causato dalla sifilide. Una placenta assai voluminosa in rapporto alle dimensioni del feto ed ancora più una placenta con lesioni sclerotiche ed emorragiche debbono far pensare alla lue.

Passando poi ad esaminare i sintomi che può presentare il bambino dopo la nascita si ha:

Melena dei neonati: è questo un rigetto di sangue dall'ano o dalla bocca con il vomito e si presenta nei primissimi giorni di vita: oggi si sa che la sifilide occupa uno dei posti più importanti nella etiologia di questa affezione.

Anoressia dei poppanti. Alcuni bambini fin dai primi giorni di vita rifiutano qualsiasi nutrimento: secondo l'A. una cura specifica spesso ridarebbe il normale appetito.

Malattia dei vomiti abituali. Si ha in bambini in generale prima del terzo mese di vita: i vomiti si ripetono dopo ogni pasto, talora immediatamente, talora a più riprese durante la digestione. Assai spesso una cura specifica ha ragione di questo stato morboso che può ritenersi una specie di gastro-nevrosi emetizzante ciò che costituisce un elemento di presunzione per la lue.

Sviluppo lento o nullo senza manifesta ragione. Si sospetti l'esistenza della sifilide in un poppante che pur nutrendosi sufficientemente e senza presentare sintomi di altre malattie, non aumenti di peso.

Adenite epitrocleare bilaterale. Palpando la parte interna del braccio uno o due centimetri al disopra dell'epitroclea si può sentire il ganglio sopra-epitrocleare ipertrofico e duro; tale adenopatia deve costituire, secondo l'A., un forte sintomo di presunzione per la sifilide quando siano realizzate le tre seguenti condizioni:

1) L'adenopatia è bilaterale.

2) Non è accompagnata da infezione locale alla mano, al braccio o al gomito.

3) La cuti-reazione alla tubercolina è negativa.

Vegetazioni adenoidi precoci. Nei primi due anni di vita la sifilide è la causa più frequente delle vegetazioni adenoidi.

Ipertrofia del timo. Lo stesso dicasi per l'ipertrofia del timo constatabile sia per sintomi di compressione o accidentalmente durante una radioscopia fatta per altro scopo.

Idrocele unilaterale, irriducibile e persistente. Tumefazione e durezza del testicolo. Esistono diverse varietà d'idrocele nel neonato: quella che può rappresentare un sintomo di presunzione per la sifilide è l'idrocele unilaterale, irriducibile, non comunicante, persistente, che duri per alcuni mesi. Tale idrocele è certamente in relazione con una lesione del testicolo sottostante, che, data l'età del paziente, non può imputarsi che alla sifilide; nella lesione testicolare può mancare l'idrocele ed allora alla palpazione il testicolo si presenterà duro come legno od avorio e più o meno aumentato di volume; quest'ultimo carattere però non è sufficente per la diagnosi di lue dato che nel neonato, allo stato normale, il testicolo può variare di volume.

Malformazioni ed affezioni congenite. Quando si constati una o più malformazioni in un neonato, si sospetti la lue: particolare importanza a tale riguardo hanno le cardiopatie e le encefalopatie congenite.

Affezioni congenite del cuore: benchè alcuni cardiologi facciano delle riserve su tale argomento, tuttavia l'A. ritiene esatta questa presunzione.

Encefalopatie congenite: Quando tali affezioni non sono dovute ad una emorragia meningea o cerebrale per traumatismo ostetrico, si deve sempre pensare che la causa possa esserne la sifilide e spesso l'inchiesta e l'esame confermano tale sospetto.

Convulsioni precoci dette essenziali. Quando un bambino in età inferiore ai tre mesi ha delle convulsioni, se è nato da parto normale ossia se non è possibile che abbia riportata una emorragia meningea da traumatismo ostetrico, se non presenta sintomi di lesioni dei centri nervosi o di qualche altro organo, vi sono molte probabilità che le convulsioni siano di origine luetica. In tali casi è necessaria una puntura lombare per l'esame e la R. W. del liquido cefalo-rachidiano.

Strabismo convèrgente essenziale. Nei primi giorni di vita può prodursi un lieve strabismo convergente che scompare però dopo qualche settimana; non si confonda con lo strabismo convergente essenziale, definitivo che si rende evidente verso la fine del primo anno di vita e si stabilisce senza cause apprezzabili: tale strabismo è quasi sempre in relazione con sifilide congenita.

Rachitismo. La constatazione del rachitismo non autorizza alla diagnosi di sifilide congenita; quando però il rachitismo presenti alcuni speciali caratteri è un forte sintoma di presunzione per la lue.

Tali caratteri sono:

1) la precocità: il rachitismo è congenito o si inizia prima del quarto mese;

2) la predominanza delle alterazioni del cranio: prima cranio-tabe, più tardi sporgenza delle bozze frontali (fronte olimpica) e delle bozze parietali (cranio natiforme);

3) anemia precoce marcata;

4) megalosplenia.

I fenomeni sudescritti costituiscono i sintomi di probabilità di eredo-lue: isolatamente non sempre hanno gran valore, ma, se riuniti, possono dare una grande probabilità che in alcuni casi equivale quasi a certezza. Restano ancora certamente molti casi dubbi per i quali può

aiutare non poco la sola indagine di laboratorio fino ad oggi utilizzabile, la:

Reazione di Wassermann. È necessario notare che la R. W. è una reazione che può dare affidamento solo se eseguita da persona che sappia eliminare tutte le cause d'errore, essndo una ricerca assai delicata.

La R. W. può eseguirsi sia con il siero di sangue che con il liquido cefalo-rachidiano. Nel poppante è più comodo prelevare il sangue con una ventosa munita di una piccola pompa (Blechmann) ed è consigliabile prelevarlo a digiuno, ossia sei ore dopo l'ultima poppata.

Sembra oggi dimostrato che una R. W. positiva significhi con certezza sifilide in evoluzione, ma che al contrario una R. W. negativa non autorizzi per nulla ad escluderla.

Le reazioni positive deboli devono, secondo l'A., essere interpretate come una forte presunzione di sifilide.

Può aversi R. W. negativa in alcuni casi di sifilide in evoluzione con manifestazioni di natura specifica incontestabili, e ciò tanto più facilmente nel neonato: non è perciò possibile risolvere soltanto con tale reazione i problemi riferentisi ai rapporti tra sifilide ed allattamento.

Nei riguardi della nutrice sarebbe assai comodo eseguire la R. W. nel latte, ma per il momento una serie di lavori hanno dimostrato che tale ricerca espone a molteplici cause d'errore.

Concludendo:

1) La sifilide congenita del poppante può ritenersi sicura quando vi sia uno dei cinque sintomi clinici di certezza o la sieroreazione positiva.

2) Quando non vi sono sintomi clinici di certezza e la siero-reazione è negativa, si deve considerare la sifilide come assai probabile se v'è associazione di più sintomi di probabilità e si deve, in tal caso, sia dal punto di vista della cura, che da quello della profilassi e dell'allattamento, agire come se la sifilide fosse sicura.

VINCENZO MONTESANO.

Diagnosi di sifilide congenita dei neonati e dei poppanti.

(Segni clinici di certezza).

(A. B. MARFAN. *La Presse Médicale*, n. 33, 25 aprile 1923).

La sifilide congenita è assai frequente e nei primi mesi di vita presenta una speciale gravità: è perciò assai importante saper riconoscere che un poppante è malato di sifilide congenita, tenendo presente anche la possibilità di guarirlo se la diagnosi è fatta a tempo.

La diagnosi di sifilide congenita del neonato e del poppante si basa su due ordini di sintomi: clinici e di laboratorio.

I segni clinici debbono dividersi in segni di certezza e segni di probabilità.

Segni di certezza. — Si deve ritenere sicura l'esistenza della sifilide congenita in un bambino nel quale si rinvenga una delle seguenti manifestazioni:

Pemfigo della palma delle mani e della pianta dei piedi.

Corizza precoce cronica con speciali caratteri.

Megalosplenia precoce cronica.

Alcune lesioni caratteristiche della pelle e delle mucose, designate col nome di sifiloidi.

Pseudo paralisi dei neonati dovuta ad una osteocondrite gommosa della estremità della diafisi delle ossa lunghe (morbo di Parrot).

Di questi sintomi i tre primi sono assai precoci esistendo fin dalla nascita o presentandosi nelle prime settimane di vita: gli altri si presentano quasi sempre prima del quarto mese.

Uno solo di questi sintomi basta per stabilire con certezza l'esistenza della sifilide.

Pemfigo della palma delle mani e della pianta dei piedi. — Questo sintomo è interessante perchè esiste per lo più al momento della nascita ed in ogni modo non si presenta mai più tardi della decima settimana.

Un carattere essenziale è la sede essendo quasi sempre limitato alla palma delle mani ed alla pianta dei piedi: solo eccezionalmente deborda sulla faccia dorsale delle dita e fino alla regione malleolare.

Più che pemfigo sarebbe meglio designare questa lesione come un «sifiliderma papulo-bolloso»: essa è formata da manifestazioni circolari, color vino, contornate da una zona rosso vivo; a livello di esse l'epidermide è sollevata da un liquido dapprima torbido, indi purulento e spesso sanguinolento, che contiene numerosi treponemi. L'epidermide presto si affloscia ripiegandosi sul derma e formando delle vesciche mezze vuote; in seguito la lesione si prosciuga e ne risultano croste brunastre sopra ulcerazioni o macchie violacee, qualche volta ricoperte di squame, e persistenti.

Questa eruzione si distingue dal pemfigo epidemico dei neonati perchè quest'ultimo ha sede sul tronco, sul dorso, sulla faccia, sul collo, ma risparmia appunto la palma delle mani e la pianta dei piedi; non è mai congenito ed il liquido delle bolle, in principio almeno, è trasparente.

Il pemfigo palmare e plantare su descritto oltre essere un segno di certezza per la diagnosi di sifilide congenita indica anche una sifilide molto grave ed infatti i neonati che lo presentano ben raramente sopravvivono.

Corizza sifilitica dei neonati. — È una manifestazione frequente, assai precoce, della lue e qualche volta l'unica. Fin nei primi giorni di vita la respirazione nasale del neonato è impedita: esso succhia il latte stentatamente perchè la suzione attraverso la bocca non si compie bene che a via nasale libera. Dalle narici scola un materiale siero-purulento che si concreta sugli orifizi in croste verdastre, giallastre, spesso nerastre per presenza di sangue. Questi sintomi sono in relazione con alterazioni sifilitiche della mucosa nasale certamente analoghe alle placche mucose, e qualche volta coesistono con lesioni delle ossa sottostanti, lesioni le quali determinano quello schiacciamento della radice del naso, che sarà una stigmate incancellabile della infezione; tale complicazione è da temersi specie quando la corizza sia tenace e ribelle alla cura.

Facile è distinguere la corizza sifilitica dalla comune che è più tardiva, non provoca scolo sanguigno, nè ragadi, nè ulcerazioni, nè croste.

Non così facile è la diagnosi differenziale tra corizza eredo-luetica e difterite nasale: anzi, quando si sospetti quest'ultima, è bene ricorrere sempre all'esame batteriologico.

Quello che è da ritenere è che una corizza con i caratteri su descritti e che si presenti nei primi giorni di vita deve sempre far pensare all'esistenza di sifilide congenita.

Megalosplenia precoce cronica. — Quando l'ipertrofia della milza è cronica, persistente, in paesi ove non esista paludismo e Kala-Azar, ha valore quasi assoluto. Nei primi tre mesi di vita ossia in un periodo nel quale la tubercolosi è praticamente inesistente, dà la possibilità di diagnosticare lue ereditaria: dopo i primi tre mesi, se la cutireazione, ripetuta dopo un intervallo sufficiente, si mantiene negativa, si può concludere che la megalosplenia cronica è causata dalla sifilide. Questo sintomo è di grande importanza perchè in numerosi casi è, insieme ad un certo grado di anemia, la sola manifestazione di una sifilide congenita.

Sifilidermi della pelle e delle mucose. — Le lesioni specifiche dei tegumenti esterni ed interni sono relativamente rare nell'eredo lue. Possono dividersi in tre gruppi: Sifilidermi maculosi, papulosi e ragadi degli orifizi cutaneo-mucosi.

I sifilidermi maculosi, che si presentano per lo più verso la fine del 1° mese, sono formati da macchie rotonde od ovali, talvolta di color rosa pallido, tal'altra di color rosso cupo. Sede di elezione di queste macule sono il viso e specialmente il labbro inferiore, il mento, il collo e la regione esterna delle coscie.

I sifilidermi papulosi o si presentano per conto proprio o seguono le forme maculose. Sono formati da elementi sporgenti tondi od ovali di 1 cm. circa di diametro, di colorito roseo pallido o rosso violaceo, ricoperte di squame sottili che cadono, salvo alla periferia ove formano il collaretto detto di Biett. Sedi elettive di queste manifestazioni sono:

1) la faccia, intorno alla bocca o sulle sopracciglia ove nei contorni possono presentarsi crostose ed assumere aspetto impetiginoide (falsa impetigo sifilitica).

2) gli arti inferiori, specie alle coscie.

3) le natiche, specie nei contorni dell'ano.

Se questi sifilidermi papulosi s'impiantano nelle pliche cutanee, per l'attrito si trasformeranno in quella forma speciale detta «placche mucose della pelle» presentandosi come placche sporgenti, di colorito grigio, giallastro o roseo, erosive, umide.

Assai raramente i sifilidermi del poppante divengono sede di ulcerazioni.

Il sifiliderma papuloso e la placca mucosa della pelle sono assai caratteristiche, ma se si presentano solamente alle natiche possono essere facilmente confuse con la forma papulo-erosiva dell'eritema volgare delle natiche: il mezzo migliore per stabilire la diagnosi è di seguire l'evoluzione degli elementi eruttivi. Nell'eritema papulo-erosivo il processo si inizia con una vescicola, si continua con una erosione, per terminare con una papula.

Nel poppante i sifilidermi, rispettando le mucose profonde, s'impiantano facilmente sul rivestimento cutaneo-mucoso degli orifizi determinandovi delle ragadi. Sulle labbra queste ragadi sono multiple, sanguinanti, crostose, con preferenza alle commissure ed al labbro superiore. Tali lesioni possono esssere dolorose e rendere perciò difficile l'allattamento; lasciano talvolta delle cicatrici lineari e raggiate: stigmati indelebili della pregressa sifilide.

Alle palpebre le ragadi si osservano spesso in corrispondenza delle commissure esterne e per lo più contemporaneamente a quelle labiali.

Come si è visto i sifilidermi del poppante hanno predilezione per la faccia, e se sono

abbastanza estesi, dànno luogo a quella speciale maschera eredo-luetica che, osservata una volta, si riconoscerà poi sempre a prima vista.

Pseudo paralisi dei neonati sifilitici. (Morbo di Parrot). Descritta da Parrot nel 1872, è la manifestazione di una osteocondrite sifilitica dell'estremità diafisaria delle ossa lunghe degli arti. Si presenta per lo più verso la sesta settimana, quasi mai dopo il quarto mese. L'arto malato è inerte, flaccido, non si muove, non offre nessuna resistenza ai movimenti che gli si imprimono. Tale impotenza non è dovuta ad una paralisi, perchè se si osserva per un certo tempo l'arto malato, si vede che le mani ed i piedi fanno qualche movimento; gli stessi movimenti o qualche contrazione muscolare si producono se si pizzica la pelle. I movimenti sono sempre dolorosi.

La pseudo-paralisi del neonato è facile a riconoscersi e non si confonde con la paralisi ostetrica, con la polimielite, con l'immobilità causata da una frattura o con l'artrite. Difficoltà di diagnosi può aversi solo con la malattia di Barlow o scorbuto infantile: questa ultima però non si osserva che dopo i sei mesi, più spesso alla fine del primo anno o durante il secondo; si accompagna con ecchimosi gengivali intorno ai denti che spuntano ed infine l'inchiesta sul regime alimentare aiuta a riconoscerla. La constatazione della malattia di Parrot dà la certezza di lue congenita. Le lesioni, ben descritte da Wegner e Parrot, consistono:

1) in un ispessimento dello strato condro-calcare (condro-calcosi).

2) nell'apparizione di ammassi gelatiniformi nel tessuto spongioso vicino (osteite gommosa).

3) nell'apparizione di uno strato osseo di nuova formazione sotto il periostio dell'estremità diafisaria, strato formato di aghi ossei per lo più perpendicolari alla superficie dell'osso (osteofiti duri). Se la sifilide è curata, questa alterazione guarisce abbastanza rapidamente; in caso contrario gli ammassi gelatiniformi diventano puriformi ed il rammollimento gommoso dell'estremità diafisaria può produrne il distacco.

Come ha dimostrato Parrot, l'inerzia dell'arto non è dovuta a paralisi ma ad impotenza funzionale causata in gran parte del dolore.

Sono questi i sintomi clinici di certezza; bisogna però notare che, quando vi sono, si presentano sempre nei primi 5 o 6 mesi di vita e perciò, trascorsa tale età, solo dai ricordi dei famigliari se ne può sospettare la pregressa esistenza ed è da ciò che provengono le principali difficoltà per la diagnosi di sifilide congenita dei bambini.

Possono però aiutare i sintomi di probabilità che riuniti insieme hanno gran valore, ed i segni biologici o di laboratorio i quali, se ben interpretati, possono in alcuni casi essere di grande ausilio.

Tale argomento sarà dall'A. svolto in un prossimo articolo.

VINCENZO MONTESANO.

L'idrocele del poppante.

(Rapporti di alcune forme con la sifilide ereditaria).

(VALLERY-RADOT et SALÈS. *Presse Médicale*, 9 maggio 1923).

Nel neonato sono descritte per lo più due varietà d'idrocele: la forma congenita e la forma che coincide con la «crisi genitale» del neonato:

1° *l'idrocele congenito* è dovuto al persistere del canale peritoneo-vaginale normalmente obliterato dalla nascita: è generalmente unilaterale e riducibile. La qualifica di congenito più che all'idrocele stesso deve attribuirsi alla malformazione che lo rende possibile: esso infatti spesso non si presenta alla nascita ma molto tempo dopo;

2° l'idrocele che coincide con la così detta «crisi genitale» o «pubertà in miniatura» del neonato è assai frequente e forse dovuto ad una tumefazione testicolare in rapporto con una *poussée* di spermatogenesi analoga al lieve scolo sanguigno vulvare che è stato qualche volta osservato nelle neonate. I testicoli sono tumidi, duro-elastici; questo idrocele è bilaterale, irriducibile ed in genere la sua durata non è mai superiore a qualche settimana. Oltre queste due forme classiche di idrocele ve ne è una terza sulla quale insiste particolarmente M. Marfan e da lui classificata tra i segni di probabilità di eredo-lue. E cioè:

3. *L'idrocele unilaterale irriducibile e persistente.* Questo idrocele che qualche volta può seguire la varietà precedente non sembra però riconoscerne la stessa causa: è assai probabile invece che questa forma morbosa di lunga durata sia causata da una lesione cronica del testicolo o dell'epididimo sottostante e poichè si presenta in un periodo della vita (nei primi mesi) nel quale è possibile escludere con certezza la tubercolosi, il traumatismo, l'infezione uretrale, non si può pensare che ad una malattia capace di produrre una lesione cronica del testicolo; la sifilide.

Gli AA. riportano una storia ben dettagliata di quanto è stato scritto su questa forma mor-

bosa e passano quindi ad esaminare gli elementi diagnostici degli idroceli del poppante, considerati come sospetti di eredo-lue; essi sono:

a) il volume, assai variabile ma solo eccezionalmente considerevole: in ogni caso l'idrocele sembra indolore.

b) evoluzione: gli idroceli che rapidamente si risolvono sono frequenti nei bambini del tutto normali, rientrano nel gruppo delle forme banali in rapporto con la «crisi genitale» del neonato e sono per lo più bilaterali ed irriducibili; gli idroceli invece che hanno diversi mesi di durata e che si presentano quasi sempre unilaterali ed irriducibili si osservano in bambini malaticci e che presentano sintomi sospetti di eredo-lue.

c) lo stato del testicolo è un elemento di primaria importanza per stabilire la diagnosi, ma il testicolo normale del poppante, della grandezza circa di una piccola mandorla, deve essere esaminato con grande cura e se vi è del liquido è necessario aspirarlo, per praticare l'esame, con un fine ago infilato nella regione scrotale anteriore. Dopo la puntura si può non osservare nulla di anormale nel testicolo essendo noto che la lesione macroscopica nel testicolo del bambino eredo luetico è assai rara: in ogni caso la gomma è manifestazione poco frequente; qualche volta è preso il solo testicolo, altre volte anche l'epididimo.

In qualche caso la lesione testicolare può rilevarsi clinicamente ed allora il testicolo eredo luetico è, secondo i classici, duro, indolente, generalmente aumentato di volume e termina rapidamente con l'atrofia sclerosa: l'evoluzione dunque obbligatoria del sarcocele eredoluetico sarebbe ipertrofia e poi sclerosi: però secondo gli AA. quello che è da ritenersi è che lo stato del testicolo è in ogni caso caratterizzato dalla durezza ed in secondo luogo dall'atrofia forse più frequente dell'ipertrofia, e ciò senza ammettere un processo atrofico «in utero», del resto poco probabile, ma pensando che l'evoluzione delle lesioni può essere mascherata dall'idrocele e che in qualche settimana può svolgersi rendendo un testicolo completamente atrofico.

L'idrocele sarebbe così una complicazione della lesione testicolare il che spiega alcuni insuccessi della cura specifica, non dal punto di vista generale ma dal punto di vista locale, quando cioè sia praticata troppo tardi, alla fase di sclerosi.

d) idrocele associato ad altri sintomi sospetti. È necessario ricercare sempre altre manifestazioni eredo-luetiche che raramente mancheranno. Assai importante è l'anamnesi famigliare e dei primi momenti di vita del bambino. Non meno importanza avrà la constatazione di una grossa milza prima dei tre mesi ossia quando la tubercolosi non può essere ancora chiamata in questione e specialmente in paesi ove non vi sia malaria, Così pure un cranio esageratamente sviluppato con craniotabe e reticolo venoso epicranico dilatato, una intensa anemia, dei segni di rachitismo precoce coesistenti con un idrocele del tipo suddescritto, rendono assai probabile la diagnosi di eredo-lue. Su 115 bambini chiaramente eredo-luetici, Vaglio ha rinvenuti 20 casi d'idrocele ossia un po' più del 17 %.

e) esami di laboratorio. La R. W. e di Hecht è quasi sempre negativa sia nel liquido dell'idrocele che nel sangue dei bambini, però la rarità di R. W. positive in poppanti di qualche settimana che non presentano lesioni cutanee o mucose ben nette, è cosa ben nota e che non esclude la possibilità di sifilide.

La R. W. sembra sia invece quasi costantemente positiva nei genitori, ma non sempre è possibile praticarla.

f) unilateralità ed irriducibilità dell'idrocele. Sono questi segni ammessi da quasi tutti gli autori e sui quali insiste specialmente M. Marfan; non è possibile però spiegare questi fatti ed apprezzare il loro valore semeiologico.

Prognosi. — L'idrocele di per sè stesso non presenta gravità alcuna: infatti dopo un certo periodo di tempo il versamento si riassorbe spontaneamente: quello che è assai importante è il ricercare sotto queste forme la sifilide con accurato esame di tutti gli organi e del testicolo in specie.

Quando vi possa essere sospetto di lue la cura specifica affretta la guarigione dell'idrocele che del resto si riassorbe anche spontaneamente.

Dopo l'esposizione di 11 osservazioni cliniche gli AA. concludono che la persistenza di un idrocele oltre le 4 o 5 settimane, più ancora quando è *unilaterale ed irriducibile* e le condizioni del testicolo sottostante esaminato dopo evacuazione del liquido (testicolo duro e quasi sempre in via di atrofia) non possono costituire un segno sicuro di eredo-lue, ma debbono richiamare l'attenzione su di uno stato morboso del testicolo, stato morboso che ha molte probabilità di essere di origine sifilitica.

La puntura evacuatrice per renderci conto dello stato del testicolo è da consigliarsi in tutti i casi d'idrocele persistente e questa regola ha una sola eccezione: il caso di un idrocele poco abbondante che possa far temere la possibilità di una ferita del testicolo al momento della puntura.

V. MONTESANO.

La bismutoterapia nella sifilide ereditaria.

(CAJAL e SPIERER. *Presse Médicale*, 18 aprile 1923).

M. Cajal e H. Spierer nella *Presse Médicale* (18 aprile 1923) dopo aver brevemente riassunta la storia del bismuto nella cura della sifilide degli adulti, esaminano, sembra per i primi, il valore dei sali di bismuto nei bambini malati di lues ereditaria.

Tre possono essere le vie per somministrare un medicamento ai bambini eredoluetici:

1° il metodo indiretto per il quale il medicamento iniettato alla madre passa, per la via del latte, al poppante;

2° il metodo diretto ossia curare il bambino direttamente con il medicamente specifico;

3° il metodo misto che consiste nel curare specificamente nello stesso tempo la madre ed il poppante.

Il metodo indiretto non dà risultati soddisfacenti: il bismuto iniettato ad una donna non si elimina a traverso il suo latte; il metodo misto però può dare buoni risultati perchè all'azione del medicamento introdotto direttamente con le iniezioni si aggiungono le antitossine specifiche assorbite con il latte della madre precedentemente curata.

Il Trepol è somministrato per iniezioni endomuscolari nei glutei ed è risultato il meno doloroso dei prodotti antisifilitici finora utilizzati; non si è riscontrato alcun sintoma di intossicazione anche quando, rinunziando alle fiale preparate espressamente per i bambini, sono state invece usate fiale per adulti, ridotte, beninteso, alla dose utile.

Seguono alcune osservazioni cliniche assai interessanti dalle quali gli autori traggono le seguenti conclusioni:

1° il bismuto può essere usato senza inconvenienti nei bambini sifilitici;

2° non vi è alcuna controindicazione alla cura bismutica nei bambini eredoluetici;

3° il Trepol (sospensione oleosa di Tartrobismutato di potassio e di sodio) è il preparato bismutico da preferirsi per il bambino, essendo attivo ma non tossico nè doloroso;

4° il Trepol per le lesioni sifilitiche ereditarie è attivo quanto l'arsenobenzolo e più del mercurio;

5° il bismuto ha azione immediata sulla corizza sifilitica e può rendere negativa la reazione di B. W.;

6° è indiscutibile l'azione di questo medicamento nelle lesioni nervose dovute alla sifilide ereditaria;

7° il Trepol non riduce la splenomegalia come del resto neanche il mercurio ed il neosalvarsan;

8° le dosi di Trepol per il bambino sono relativamente e comparativamente superiori a quelle per l'adulto: in media può usarsi senza inconvenienti 1 centigrammo per chilogrammo di peso ed aumentare o diminuire tale dose a seconda che si voglia praticare una cura più o meno attiva;

9° non sono da temersi nel bambino, nel quale la dentizione non è definitiva, nè le stomatiti nè l'orletto gengivale;

10° per il poppante è da preferirsi la cura mista (alla madre che allatta ed al poppante);

11° la durata della cura e così anche il numero delle iniezioni non possono ancora essere stabilite: del resto finchè il valore del bismuto nell'eredolue non sia esattamente definito non si dovrà abbandonare completamente la cura mercuriale o l'arsenobenzolica, tanto più che questi tre medicamenti possono essere usati successivamente senza inconvenienti di sorta. V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. MENDES. *Tubercolosi e Sanatori.* (Trattamento igienico-dietetico). 1 vol. in-8° di pagine 69, con 15 illustraz. Casa Editr. L. Pozzi. Roma, 1923. — Prezzo L. 10.

Sappiamo che la tubercolosi è curabile e che guarisce o consente lunghe tregue; che il miglior trattamento è quello igienico-dietetico, consistente in alimentazione sana, aria libera, riposo o lavoro ben regolato; che il miglior modo per attuare questo trattamento è il ricovero in sanatorio; che la cura sanatoriale può essere eseguita anche fuori del sanatorio, in campagna od a domicilio.

Ma la grande maggioranza dei medici ignora in che consista nei particolari il trattamento sanatoriale; non sa come debba essere condotto questo trattamento fuori del sanatorio; si trova perfino imbarazzato nell'indirizzare e consigliare i malati nella scelta di un sanatorio.

A queste deficienze supplisce il volumetto del Mendes, redatto con abilità espositiva straordinaria e con padronanza assoluta della materia. Il che si spiega, in quanto che il Mendes è uno dei nostri più esperti tisiologi: ha organizzato la difesa antitubercolare dell'Esercito italiano durante la guerra, ha fondato e diretto il sanatorio militare di Porta Furba, ora gli è stata affidata l'organizzazione di quelli della C. R. I. e continua ad esplicare

una attività intensa e fattiva nella lotta antitubercolare. Il volumetto del Mendes, denso di particolari, lucido, preciso, tratta dell'impianto e dell'organizzazione dei sanatorii, delle cure d'aria, di riposo, di lavoro, della dietetica dell'elioterapia, dell'idroterapia, della ginnastica respiratoria, della psicologia del sanatorio.

Data l'enorme diffusione della «peste bianca», noi crediamo che questa preziosa pubblicazione non dovrebbe mancare a nessun medico pratico. L. V.

MURALT L. *Der künstliche Pneumothorax.* 2ª ediz. di E. Ranke. Berlino, J. Springer, edit., 1922. L. 25.

Questa seconda edizione del lavoro del Muralt è stata pubblicata dopo la morte dell'A., e per opera di Ranke che ha aggiunto al testo della prima un nuovo e diffuso capitolo.

Se i primi studi e le prime osservazioni del Forlanini sul pneumotorace artificiale nella cura della tubercolosi polmonare sono stati seguiti da una larga applicazione del metodo, ancora si dibattono importanti problemi circa le modalità e le indicazioni sull'impiego di esso e utili si presentano al medico e a chi particolarmente si dedica alla cura della tubercolosi polmonare quelle pubblicazioni che riassumendo quanto fino ad ora è stato fatto ed osservato, dedicano larga parte alla critica ed alla utilità del pneumotorace.

In questo volume del Muralt, frutto di una continua osservazione e di una larga esperienza, alla parte generale di ordine tecnico dedicata allo studio dell'influenza che il pneumotorace esercita sulla circolazione sanguigna e linfatica del polmone compresso, segue una particolareggiata esposizione dei metodi del Forlanini e del Brauer e delle modificazioni ad essi suggerite. In un successivo capitolo sono discusse le complicazioni legate al pneumotorace e le indicazioni di esso. A questa prima parte segue l'altra che è dedicata anzitutto alla esposizione critica dei risultati ottenuti ed alle norme da seguire nell'applicazione di una cura col solo pneumotorace o di quella con altri mezzi terapeutici ad esso associati.

Numerose nitide illustrazioni corredano il testo.

Non solo chi si è in modo particolare dedicato allo studio della tubercolosi, ma ogni medico può con vera utilità leggere l'opera del Muralt, dove tutto quello che è conseguenza di un accurato e continuo studio di malati e di una serena critica, reca suggerimenti e consigli pratici di non poco valore.

TR.

A. SIGNORELLI. *Come si ammala di tubercolosi e come si guarisce.* 1 vol. in-16 di pag. 42. Casa Editr. L. Pozzi. Roma, 1923. — Prezzo L. 5.

In questa conferenza il Signorelli illustra i rapporti patogenetici che intercedono fra anemizzazione locale e processo tisiogeno; poi indaga l'influenza del diaframma sulla circolazione; da ultimo trae, da queste premesse, delle illazioni terapeutiche attendibili.

Noi sollecitiamo la lettura dell'interessante opuscolo, il quale è opera di un competente, dacchè il Signorelli, notissimo nel campo medico, è direttore del Dispensario antitubercolare «Regina Elena» e dell'Istituto «S. Gregorio» di Roma.

R. B.

R. PASSINI. *Il libro della tubercolosi.* Un vol. in-8, di 270 pag. L. Cappelli, ed. Bologna, 1922. Prezzo L. 25.

L'A. intende con questo suo lavoro di divulgare nozioni pratiche sulla diagnosi e prognosi della tubercolosi e lumeggia questi argomenti valendosi della pratica acquistata in 20 anni di esercizio professionale. Indica gli accorgimenti per riconoscere le forme incipienti, tratta a lungo della diagnosi e dei problemi prognostici. Studia poi in due capitoli a parte i rapporti della tubercolosi con l'epatismo e la circolazione e aggiunge da ultimo gli schemi di diagnosi cliniche e numerosi aforismi sulla tubercolosi polmonare tratti da diversi autori. A. Z.

CELLI Q. *La medicina greca nelle tradizioni mitologiche e omeriche,* Casa ed. «Leonardo da Vinci». Roma, 1923.

È con vivo piacere che segnaliamo questo libro di uno studente di medicina, il quale dimostra come le tradizioni umanistiche di nostra gente siano anch'esse nel rifiorire.

Il libro del Celli, che è presentato dal prof. Baglioni nella «Collana di studi del pensiero scientifico», dimostra un giovane appassionato degli studi classici e padrone della lingua di Omero. I capitoli sugli dei ed eroi, sui medici favolosi, maghi ed indovini, sulla medicina nell'Iliade e nell'Odissea si leggono con vero piacere e ci riportano ad utili considerazioni di scienza retrospettiva.

E forse è del tutto infondato il dibattito, che proprio in questi ultimi tempi si agita, che Omero sia stato un medico, il quale seguiva le armi greche?

Certo la sua triste vita di povertà e di misconoscenza potrebbe farcelo pensare.....

g. sabatini.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Malattia di Dercum e lipomatosi nodulare multipla.

G. Goglia (*Tumori*, anno IX, fasc. III) riporta cinque casi, uno di malattia di Dercum, tre di lipomatosi, e una forma di passaggio. Dà notizie cliniche, e i reperti istopatologici di frammenti dei tumori adiposi ottenuti con biopsia. Questi confermano le vedute del Martelli, che cioè fra i lipomi del morbo di Dercum e quelli della lipomatosi nodulare multipla vi è quasi identità istografica e istochimica: sono formati da cellule adipose adulte, presentano zone iperemiche, e qua e là, non costantemente, infiltrati parvicellulari perivasali. Nei casi dolorosi si aggiunge una neurite cronica delle scarse fibrille nervose: inoltre si osserva in essi un maggior contenuto lipoideo, visibile anche da ciò, che le preresine non asportano tutta la sostanza colorabile col Sudan III, ma ne lasciano uno strato subcuticolare nelle vescicole adipose. I noduli dolorosi hanno più compattezza, per una maggiore abbondanza di tessuto elastico, e per una più intensa iperemia attiva e la eventuale presenza di infiltrati rotondi e fusocellulari.

Se però sono scarsi i criteri differenziali istopatologici, sono fondamentali quelli clinici, come ha esposto Maragliano. Il morbo di Dercum porta più o meno rapidamente alla cachessia, ed ha esitò infausto; la lipomatosi non dolorosa è perfettamente tollerabile per lungo tempo senza danno.

Non v'è in essa quell'astenia fisica, psichica e cardiovascolare che si rileva nella forma dolorosa.

L'inizio della forma non dolorosa è subdolo: l'inizio della forma dolorosa è generalmente acuto (attacco lipomatoso di Martelli, che lo paragona all'accesso gottoso). Con febbre, dolori intensi, brividi, si inizia la formazione di un nodulo, ed ivi la cute è calda, rossa, edematosa. I fenomeni acuti cadono, ma resta un'astenia spiccatissima. Castellino e Pende considerano l'accesso lipomatoso come una sindrome nervoso-glandolare, dando importanza ai surreni, mentre Aievoli chiama in causa soprattutto il tessuto adenolinfatico. Martelli, con Fichera e Loeb, paragona l'accesso ad uno schoc anafilattico, che porta alla liberazione immediata dell'organismo da un quid tossico lipoideo: la scarica lipoidea, nella lipomatosi multipla avverrebbe invece lentamente e gradatamente per una deviazione della lipogenesi, probabilmente da alterato ricambio.

DORIA.

La malattia di Reclus.

L'entità clinica di questa malattia, descritta da Reclus nel 1883 e da lui denominata «malattia cistica della mammella» è stata riconosciuta dagli autori che si sono occupati di essa, ma però l'accordo non è stato raggiunto circa le alterazioni anatomo-patologiche che la ghiandola, invasa dal tumore, presenta. Ciò è anche dimostrato dai numerosi nomi che sono stati dati alla malattia stessa, mastite cronica cistica, cistoadenoma prolifero, epitelioma cistico intraacinoso, fibroadenoma diffuso, ecc. Varie sono pure le teorie avanzate per spiegare l'origine della malattia. G. Berti (*Annali italiani di chirurgia*, 1923, fasc. VII) accenna alle teorie neoplastica, infiammatoria, involutiva e ritiene, in base ad osservazioni personali, che tale malattia debba considerarsi come una iperplasia che colpisce successivamente la porzione ghiandolare ed il connettivo di sostegno della ghiandola. Le cause che determinano tale iperplasia ci sfuggono. Non è improbabile che questa iperplasia si muti in carcinoma, ciò che avverrebbe nel 10-15 % dei casi. Tale trasformazione però non può essere considerata senz'altro a favore della teoria neoplastica, poichè è noto con quale frequenza il carcinoma si insedii sopra lesioni di natura svariata ed affatto diversa dal carcinoma stesso. Comunque dal punto di vista di tale possibilità può essere consigliabile l'ablazione totale della mammella in tutti i casi di malattia di Reclus.

fil.

TERAPIA.

Il trattamento dell'uremia.

H. Strauss (*Deut. med. Wochen.*, 29 dicembre 1922) distingue due forme principali di uremia:

1) quella con crampi (eclampsia nefrogena), acuta, caratterizzata da improvvisa vertigine, cefalea, vomito; i crampi possono essere sostituiti da amaurosi, afonia, sintoma di Babinski; si osserva per lo più in giovani ed ha prognosi buona, salvo i casi in cui si sviluppa sopore e coma, oppure i crampi si fanno assai frequenti;

2) quella senza crampi in cui i sintomi si manifestano lentamente: sonnolenza, depressione di forze, fenomeni dispeptici, cefalea; talvolta si ha notevole fetore della bocca, prurito, neuralgie, tal'altra predominano i fenomeni cerebrali, come stupore, coma, manifestazioni eccitomotorie; l'orina non è sempre

scarsa, ma ha un peso specifico assai basso. Spesso si hanno insulti cerebrali, non in forma delle tipiche apoplessie, ma stati di coma improvviso senza contratture o paralisi o solo con paralisi parziali, in conseguenza di disturbi di circolazione cerebrale o di rammollimenti; gli individui colpiti hanno di solito l'abito pletorico ed urina concentrata con alto peso specifico; la prognosi di tali insulti non è cattiva come quella della vera uremia. In essi si adotterà il trattamento dell'arteriosclerosi. Nell'uremia genuina, la cura si basa sullo svelenamento del sangue e sui tonici del cuore. Si provvede al primo con un abbondante salasso di circa mezzo litro; bisogna poi mettere a disposizione dell'organismo una quantità sufficiente di acqua, ciò che si ottiene con la ipodermoclisi o mediante clisteri; l'A. usa anche iniezioni endovenose di zucchero ipertoniche (200 cmc. di soluzione al 20 % di glucosio) le quali sottraggono liquido ai tessuti. Assai giovevole è la sudorazione (che non deve ottenersi nel bagno!) somministrando poi notevoli quantità di infuso di tè per compensare la perdita di liquido. Il cuore va sostenuto con i soliti cardiotonici, eventualmente per iniezione endovenosa. Nell'eclampsia nefrogena, oltre a questi si daranno i sedativi, fra cui hanno buoni risultati il luminal, la morfina, la papaverina; talvolta è utile la puntura lombare; essenziale è sempre il riposo. *fil.*

L'azione diuretica dei sali mercuriali.

Chauffard, Brodin e Debray hanno richiamata l'attenzione su nuovi vantaggi che si possono ricavare dall'azione diuretica dei sali mercuriali. Essi hanno praticato nella cirrosi con ascite il seguente trattamento: 20 iniezioni endovenose di un cmc. di cianuro di mercurio all'1 % e ingestione quotidiana di 1-2 gr. di carbonato di bismuto che permette il trattamento di cianuro impedendo le reazioni dissenteriformi. La diuresi aumenta progressivamente, mentre l'ascite si riduce fino a scomparire anche del tutto.

Tale miglioramento non si può attribuire all'azione specifica antiluetica del mercurio perchè gli individui curati non erano sifilitici, e d'altra parte i preparati arsenobenzolici rimangono inefficaci nei cerritoci.

Non è dubbio che il miglioramento è dovuto all'azione schiettamente diuretica del cianuro di mercurio. Blum e Schwab hanno trovato che anche negli individui normali la diuresi compare poco dopo la iniezione di cianuro e dura cinque o sei ore. Negli edemi nefritici l'azione è meno intensa forse a causa dell'azione dannosa intensa dei sali mercuriali sul rene. Negli edemi cardiaci invece la azione diuretica è netta e pronta.

Dei sali di mercurio il più attivo è il cianuro; i fenomeni di intossicazione mercuriale possono essere prevenuti con la somministrazione contemporanea di bismuto.

Costituiscono controindicazione la febbre e lo stato di debilitamento intenso.

Durante il trattamento conviene tenere l'infermo ad una dieta ipoclorurata.

d.

Trattamento della pielite.

La pielite, dovuta nella maggior parte dei casi al bac. coli, viene trattata da G. Daniel (*Deut. med. Woch.* e *Med. Review*, giugno 1923) nel seguente modo. Per i primi 3-4 giorni si restringe la somministrazione di liquidi in modo da non darne più di 300 cmc. al giorno. Tre volte al giorno si dà un grammo di urotropina ed uno di salicilato di sodio, con un poco di acido fosforico. Due volte al giorno si fanno fare dei bagni di aria calda per 20-30 minuti per provocare una profusa sudorazione; essi hanno lo scopo di diminuire sempre più la quantità di urina, ma non formano una parte indispensabile della cura. Dal quinto al settimo giorno, si sospende la somministrazione dei medicamenti e si danno grandi quantità di liquido; ogni giorno si controlla il peso specifico e la reazione dell'urina ed all'ultimo giorno si fa l'esame microscopico, secondo i risultati del quale, si sospende il trattamento o lo si riprende nello stesso modo.

L'A. ha trattato con questo sistema numerosi casi sia nell'ospedale, sia ambulatoriamente ed ha osservato che mediante esso scompariva la febbre sia continua che intermittente ed uno o due giorni dopo scomparivano gli altri sintomi come il dolore alla schiena; la frequenza della minzione variava con la piuria, ed era notevole quando esisteva ancora del pus nell'orina. Di tutti i sintomi la più ostinata è sempre stata la piuria, che non ha mai dimostrato alcuna relazione nè con la temperatura, nè con la gravità della malattia; essa era assai considerevole in casi con complicazione di cistite. Il trattamento è stato continuato dall'A. fino a che la piuria non era più dimostrabile al microscopio, ciò che avvenne in tutti i casi, salvo due che si mostrarono resistenti. *fil.*

Vescicante per nefritici.

Nei nefritici che non sopportano il vescicante cantaridato, fare uso della pomata di Gondret; Ammoniaca g. 20; Sego di montone, Sugna benzoinata ana g. 10; lasciare in posto per 2-10 minuti al massimo. *fil.*

SEMEIOTICA.

Il riflesso oculo-cardiaco negli asmatici.

R. Castelnau (*La Presse médicale*, 4 agosto 1923) ha ricercato il riflesso oculo cardiaco con la seguente tecnica. Numerazione delle pulsazioni radiali. Applicazione di un oculo-compressore di Roubinovitch, con pressione di 18 cm., durata 35 secondi. Dopo cinque secondi di attesa, numerazione per trenta secondi; decompressione, nuova numerazione continuata fino al ritorno del ritmo primitivo. Soggetto sempre in decubito dorsale.

Ora, mentre secondo le idee attuali l'asma viene considerato come un'ipervagotonia con esagerazione del riflesso oculo-cardiaco, l'A. ha osservato che gli asmatici presentano un riflesso instabile caratterizzato da variazioni spesso paradossali. Sotto l'influenza di un trattamento attivo, l'instabilità scompare ed il riflesso diventa normale. Esso può quindi fornire buone indicazioni terapeutiche e costituire un mezzo per controllare gli effetti del trattamento, poichè il suo ritorno alla norma è forse il solo criterio di guarigione.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Condizioni normali e patologiche delle surrenali in cento autopsie.

Cinquantasei casi erano di malattie mentali, tra cui 26 di demenza precoce, e 22 di paralisi generale; dodici erano di tubercolosi; tredici erano di pazienti morti per trauma, e 19 per altre malattie.

Le ghiandole normali pesavano gr. 6,5-7,5. La parte midollare era altrettanto spessa che la capsulare o più. Erano ben distinte la zona fascicolata, la glomerulosa, e la reticolare della corteccia, denominazioni queste alquanto improprie, perchè ovunque vi sono cellule poligonali disposte in colonne più o meno spaziate. Vi è tra esse una sostanza lipoide, che però spesso manca negli strati più interni. Le cellule della midolla sono più grandi, hanno nucleo più piccolo, sono più irregolarmente disposte in un reticolo fibrillare, e si trovano in immediato contatto coi vasi. In esse si osservano numerosi granuli lipoidei e cromaffini. Granuli cromaffini si osservano anche nelle cellule della zona reticolare, le quali pure sono in istretto rapporto coi vasi.

Nella demenza precoce le surrenali sono generalmente piccole e raggrinzite, del peso di 3-5 gr. La midolla appare ristretta in certi casi, in altri sostituita quasi completamente da tessuto fibroso: le cellule midollari sono piccole e vacuolizzate.

Nella corteccia vi era solo generalmente una modica fibrosi: solo nella morte per sepsi mancavano le sostanze lipoidi.

Modificazioni simili furono pure osservate in altre psicosi.

Nella paralisi generale le surrenali erano piuttosto grandi, con molta sostanza midollare; la fibrosi era occasionale e scarsa. Vi era una marcata linfocitosi, specie lungo i setti connettivali. Non furono viste spirochete.

Nella tubercolosi le ghiandole surrenali erano di aspetto normale, salvo uno scarso contenuto di lipoidi, e una vacuolizzazione delle cellule midollari. Solo in tre casi vi erano focolai tubercolari nella zona midollare.

In molte psicosi (demenza precoce, psicosi maniaco-depressiva, ecc.) contemporaneamente ad una diminuzione delle surrenali si osserva una diminuzione del tessuto interstiziale delle glandole genitali, quantunque nella sostanza midollare delle surrenali, e nel tessuto interstiziale, si vedano molte mitosi. Ciò non si osserva nella paralisi generale, che è una malattia acquisita.

(F. MOTT e I. HUTTON. *Brit. med. Journal*, 21 luglio 1923).

DORIA.

IGIENE.

L'isolamento dei malati infettivi.

Al sistema troppo oneroso di tenere i malati infettivi in tanti padiglioni diversi secondo le malattie, si è venuto sostituendo l'isolamento in *Box*, escogitato fin dal 1890 in Francia da Grancher, Hutinel ed altri. Vi sono diversi tipi di tali *Box*, cioè: 1) quello completamente chiuso, che forma come un riparto a sè, solo connesso con gli altri per i servizi comuni; 2) quello semi-aperto, con pareti laterali e porta, ma aperto in alto; 3) quello aperto in cui i letti sono separati solo da paraventi.

I vantaggi economici di questo sistema, di qualunque tipo si tratti, in confronto dei padiglioni isolati, sono evidenti; resta però a vedere se si possa contare su di esso per ciò che riguarda la sicurezza dell'isolamento. Dalla esperienza di diversi autori, come Lesage, Meyer e Freund, risulterebbe che i *Box* semi-aperti possono offrire una sufficiente protezione; questi risultati sono però contraddetti da una statistica di Sachs, il quale viene alla conclusione che tali *Box* non danno una sicura garanzia.

Più favorevoli sono i risultati ottenuti con i *Box* completamente chiusi, con i quali Feer

sopra 1000 casi ha osservato solo due trasmissioni; ad analoghe conclusioni viene Löwenstein, salvo però il morbillo di cui sopra 11 casi ha avuto 13 trasmissioni, e la varicella, di cui sopra 13 ne ha osservate 5.

Interessanti particolari sui *Box* che si trovano alla Clinica pediatrica di Vienna fornisce K. Kassowitz (*Ergebnisse der innere Mediz. und Kinderheilkunde*, vol. XXIV). Essi sono disposti in due file dai sei l'una, divise da un passaggio centrale e riunite da due corridoi laterali esterni. Il passaggio serve per i visitatori, i parenti, gli studenti ed è completamente chiuso verso i *Box;* i servizî si fanno dalla parte dei corridoi laterali, verso i quali vi sono le porte di vetro; di vetro sono pure le pareti. Vi è riscaldamento a termosifone, non vi è bagno per i malati, nell'eventualità viene portata la vasca nel *Box;* vi sono cinque locali accessorî, cucina, laboratorio, stanza per la disinfezione, bagno per il personale, spogliatoio. Il servizio è fatto da sei suore.

I risultati sono stati ottimi per ciò che riguarda la pertosse, la scarlattina, la difterite e l'eresipela; non altrettanto buoni per il morbillo, di cui su 49 casi si sono avute 4 trasmissioni nettamente sfavorevoli per la varicella di cui su 26 casi si sono avute 12 trasmissioni. Tale sistema può quindi considerarsi efficace per le malattie accennate, ma non per il morbillo e la varicella che debbono venire isolati in locali a parte, il più possibile lontani. Nei riparti pediatrici è opportuno isolare nei *Box* i poppanti affetti da malattie catarrali anche leggere e quelli in osservazione. Bisogna però tener presente che l'incarceramento in tali *Box* è specialmente penoso in estate; per ovviare a questo inconveniente, l'A. ha trovato utile di far uscire all'aperto durante il giorno i convalescenti specialmente di pertosse e di scarlattina, tenendoli in giardino, raggruppati secondo le malattie.

Nel trattamento dei malati infettivi è necessaria una severa educazione del personale, che deve avere la coscienza dell'infezione ed essere strettamente disciplinato. Si impone però una revisione delle norme profilattiche, alcune delle quali sono antiquate; tali sono, p. e., quelle riguardanti la disinfezione delle suole delle scarpe e dei vestiti, che sono inutili quando il pavimento sia tenuto in buone condizioni ed il camice sia usato razionalmente. Importante è anche la disinfezione delle mani; col vecchio sistema di usare lo spazzolino ed il sublimato, si aveva una desquamazione della pelle, talora una vera dermatite, che oltre ad essere dolorosa, rendeva sempre più difficile ed illusoria la disinfezione. Il Kassowitz, anche dietro consiglio dello Schick, tralascia del tutto il sublimato e fa usare solo l'acqua calda corrente ed un pezzo di sapone facilmente solubile; tale metodo si è dimostrato economico, efficace e conserva le mani del personale in ottimo stato.

FILIPPINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Controindicazioni all'allattamento. — Al dott. E. Z., da Carpaneto:

Non è possibile fare una divisione netta fra le malattie che permettono e quelle che controindicano l'allattamento poichè in molti casi il giudizio può essere dato solo dal medico che conosce e vaglia tutte le circostanze di fatto, che possono pesare in pro' o contro l'allattamento. Così è intuitivo che vi sono malattie infettive, come l'eresipela, il morbillo, la scarlattina, la tifoide, la difterite che controindicano in modo assoluto l'allattamento, sia per il pericolo di trasmettere l'infezione al bambino, sia perchè il latte è tossico, sia infine per il danno che potrebbe venirne alla madre stessa. Quando tali malattie colpiscono la madre durante l'allattamento, questo va sospeso senz'altro, salvo a riprenderlo, se è possibile, quando la madre sia del tutto guarita; talvolta ciò potè farsi anche dopo 2-5 mesi dalla sospensione dell'allattamento. Se poi il parto si verifica durante la convalescenza della malattia, si potrà permettere l'allattamento a guarigione compiuta.

Altre malattie infettive benigne, come, p. es., le tonsilliti, non controindicano l'allattamento; ma anche per tal caso è evidente che non possono esservi regole assolute; con un leggero attacco influenzale la madre può continuare ad allattare, con un'influenza grave a tipo tossico, no. Analoga osservazione può farsi per le infezioni puerperali che, se limitate ad una semplice infezione uterina con modica elevazione di temperatura permettono l'allattamento, mentre invece lo controindicano in modo assoluto le infezioni generali a tipo setticemico. *fil.*

Esumazioni. — Al dott. D. L., abbon. n. 2451:

A norma di legge, l'esumazione di un cadavere chiuso in una cassa di legno ed inumato da quattro mesi, può essere concessa nei mesi

da ottobre ad aprile, tenuto conto che l'individuo non è morto per alcuna delle malattie elencate dall'articolo 86.

Il Sindaco dovrà emettere un'ordinanza con le prescrizioni dettate dall'Ufficiale Sanitario (art. 83). Tali prescrizioni, che hanno una importanza relativa, tanto che il legislatore le ha lasciate all'arbitrio dello stesso Ufficiale sanitario, consistono generalmente nelle seguenti: 1) Esecuzione dell'operazione nelle ore mattutine; 2) Esclusione dell'intervento di estranei; 3) Spargimento di calce sul terreno dove viene posta la cassa; 4) Disposizioni riguardanti la nuova destinazione del cadavere in ottemperanza a quanto dispongono gli articoli 31, 34 e 64.

fil.

Pasta di Unna. — Al dott. S. L., abb. n. 4046:

È formata con una parte in peso di ossido di zinco, due parti di mucillagine di gomma e due parti di glicerina. Si applica sulle chiazze eczematose, con una spazzola.

fil.

Manuali popolari di igiene. — All'abbonato n. 5266 (4).

A. PIPERNO, *Salute*, Letture d'igiene ad uso delle scuole e delle famiglie; presso l'Istituto d'igiene, previdenza ed assistenza sociale. Roma. Del tutto recente ed assai buono è pure il ***Manuale di igiene ed assistenza sociale ad uso delle scuole medie e delle persone colte*** del prof. G. LORIGA; Cooperativa Tip. L. Luzzatti, Roma.

fil.

Medici di bordo. — Al dott. G. P. L., Milano:

Il limite massimo di età per essere assunti come medici di bordo è di 65 anni a termini del Regio Decreto 11 gennaio 1923, n. 167. Invece il limite massimo di età per essere ammessi agli esami per la concessione dell'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo è stato di 39 anni nel concorso testè bandito con l'avviso in data 5 luglio 1923.

M. C.

Al dott. S. C., abb. n. 5584 (2):

Sul massaggio è consigliabile il manuale di Kinesiterapia nella Biblioteca di terapia di Gilbert e Carnot, edita da Baillière a Parigi; ne esiste una traduzione italiana pubblicata da F. Vallardi, Milano.

A. Z.

VARIA

La genesi biologica della bugia.

Il prof. Battistelli nell'eccellente studio psicologico sulla bugia, di cui si è testè pubblicata la seconda edizione, afferma che l'inganno e la frode non sono prodotto esclusivamente umano, ma appariscono in natura fin dagli esseri più semplici, come mezzo di lotta per la conservazione della specie.

La leggiadria delle forme, la vivacità dei colori sono mezzi dei quali alcune piante si servono per allettare gli insetti ed impadronirsene. La piccola Rosolida che cresce in mezzo ai muschi, è una pianticella le cui eleganti foglioline rotonde sono ricoperte sulla pagina superiore di numerosi filamenti rossi, le cui cime sono perennemente pregne di un liquido denso e vischioso che mentisce a meraviglia il nettare. Con questa insidia essa alletta gli insetti. Molte altre piante, quali le Nepente, le Darlingtonie, le Utricularie, catturano gli animali mediante ascidî, infundibuli senza via di uscita, spesso mascherati da filamenti e da antenne variopinte, chiuse talora da minuscole valvolette trasparenti, presso che invisibili, che si aprono verso l'esterno, vere trappole per gli insetti ingordi.

Dal regno vegetale passando a quello animale, si constata come i mezzi atti ad ingannare si vadano sempre più perfezionando risalendo dagli esseri più semplici agli animali più evoluti. È un insieme di curiose apparenze esterne, di astuzie, di simulazioni e dissimulazioni transitorie, che giovano all'individuo ed alla specie per sfuggire alla vista di animali nemici o di quelli cui è teso l'agguato.

Molti animali assumono il colore dell'ambiente per confondersi con esso. Il Pregadio, la Locusta verde hanno lo stesso colore dei vegetali tra cui vivono; l'Ostrica ha la colorazione e la rugosità dello scoglio a cui si attacca; l'Anguilla ha il colore oscuro dei fondi melmosi nei quali vive; molti pesci di alto mare hanno colore azzurro sul dorso ed argenteo sul ventre per sfuggire alla vista dall'alto e dal basso; la Quaglia e la Beccaccia hanno il colore del suolo sul quale nidificano.

Tale omocromia oltre che difensivo può avere scopo offensivo, assumendo il carattere di mimetismo aggressivo. La Seppia sta immobile in agguato sul fondo del mare, di cui può rapidamente assumere il colore; le farfalle diurne in riposo dispongono le ali verticalmente occultandone la pagina superiore, di solito vivamente colorita e lasciandone sco-

perta la inferiore che si confonde con l'ambiente.

Le frodi ed i tranelli che più si avvicinano alle simulazioni e dissimulazioni dell'uomo, sono date dai ragni, le cui ragnatele per lo più sono sottilissime fino a non essere viste del tutto. Darwin parla di una *Epeira*, la quale, quando è molestata e teme qualche pericolo, si mette nel mezzo della sua ragnatela e, scuotendola violentemente, le imprime un movimento di rotazione così rapido che anche l'occhio più attento non riesce a distinguerla. Lo Scarafaggio ercolino si trasforma in modo tanto straordinario da sembrare una piccola biscia, così da trarre in inganno gli uccelli che volentieri si ciberebbero di lui ed invece fuggono spaventati. Il Camaleonte muta colore in armonia con il luogo di soggiorno e rimane immobile in attesa di insetti. Alcuni serpenti innocui imitano perfettamente i velenosi e perciò sono temuti e guardati da lungi.

Fra i mammiferi un bell'esempio di mimetismo protettivo è offerto dal Bradipo, il quale è difeso contro i grandi rapaci dal colore e dall'aspetto del folto e ruvido pelame fluente in basso, che somiglia ad un ammasso di musco o di licheni. I felini, come il leone e l'orso bianco, hanno un mantello che, quanto al colore, somiglia all'ambiente (steppa, sottobosco, paesaggio glaciale).

V'ha anche un mimetismo di stagione in quanto l'animale muta il mantello con il variare della stagione uniformandosi per l'aspetto all'ambiente: la volpe polare, l'ermellino, la lepre alpina assumono d'inverno il color bianco.

Non mancano casi di mimetismo protettivo ed aggressivo: la rana presenta sul dorso il colorito dei fondi pantanosi (m. protettivo) e sul ventre il colorito grigio-cinereo del cielo (m. aggressivo).

In molti animali la simulazione, come arma di lotta e come mezzo di selezione, assume tutti i caratteri di un atto cosciente e volontario. Così è diffusa l'attitudine a fare il morto, *necromimesi*, per sfuggire al nemico.

Ma è sopra tutto negli animali superiori che la simulazione sembra aver perduto ogni carattere istintivo. Ne offrono esempi meravigliosi il gatto, la volpe, il cane, il cavallo, la scimmia. È ben nota la dissimulata tranquillità del gatto quando sta per lanciarsi sulla preda. Blyth riferisce di una volpe, che, sorpresa in un pollaio, si finse morta e come tale fu messa fuori e gettata sopra immondizie; appena si vide al sicuro si drizzò sulle zampe e scappò via. Il cane ringhia, abbaia per dimostrare uno stato di animo fittizio, una collera che non sente, al solo scopo di tener lontane le persone che tentano di avvicinarsi alla casa del padrone. Anche i cavalli, quando sono fuori della stalla ed immaginano di essere condotti per un lungo viaggio, simulano una zoppia che tosto sparisce quando vengono fatti tornare indietro. La abitudine alla simulazione della scimmia è troppo nota.

Anche l'uomo primitivo, l'*Homo primigenius*, fu certamente costretto a ricorrere, forse più dell'uomo delle età posteriori, alla simulazione. Senza l'insidia, senza questa potentissima risorsa tutta intellettuale, l'uomo in origine non avrebbe potuto difendersi dai grandi mammiferi terziari.

Gli antichissimi metodi di caccia, conosciuti con il nome di trabocchetto, amo, trappola, laccio, con i quali l'uomo riuscì a sorprendere la inesperienza degli animali, di cui non avrebbe potuto altrimenti aver ragione, furono improntati ad un perfetto sistema di dissimulazione; e gli stessi sistemi avrà certamente adottato negli inevitabili conflitti con i suoi simili, sistemi, che con la formazione del linguaggio, hanno assunta la forma più complessa ed evoluta della bugia.

La bugia quindi, osserva il Battistelli, non è che l'espressione verbale di quell'abito, per cui l'uomo cerca di nascondere i moti del proprio animo; nella evoluzione della mentalità umana essa deve essere considerata come un fenomeno di atavismo e la sua origine va ricercata nella lotta per l'esistenza.

La bugia in effetti pur essendo un fenomeno esclusivamente umano e squisitamente psichico, è la somma e l'espressione di tendenze ed atteggiamenti insiti alle necessità della vita. La frode, come afferma Schopenhauer, è una vera e propria legge di conservazione e di integrazione del cosmo. L'inganno che nelle forme inferiori della vita assume un aspetto generico ed indistinto, quasi commisurato alla natura dei vari esseri, nell'uomo acquista un carattere specifico e si esprime con chiara determinazione nel fenomeno della menzogna.

DR.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

AIELLO GIUSEPPE. *Fatica e sistema nervoso vegetativo.* — Milano, Antonio Cordani, 1923.

ALFIERI EMILIO. *Sui mezzi terapeutici per combattere l'infezione puerperale.* — Parigi, Masson & C., 1923.

ID. *La sterilità nella donna secondo le moderne vedute.* — Pavia, Atti Soc. It. Ostetricia e Ginecologia, 1923.

BIALETTI CLEMENTE. *L'igiene dell'occhio miope.* — Vigevano, Unione Tip. Ed. Vigevanese, 1923.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

II. — Effetti della diffida a riassumere il servizio entro un dato termine.

Qualora l'amministrazione comunale diffidi un impiegato a riprendere servizio, entro un dato termine, si deve ritenere che il termine assegnato decorra dalla data in cui la intimazione sia notificata, salvo che risulti espressamente una decorenza diversa; ma, in ogni caso, la intimazione non si può considerare efficace se non sia notificata.

Stabilito un termine per la riassunzione del servizio, non può essere licenziato l'impiegato prima che il termine sia decorso dalla data della effettiva comunicazione della diffida al destinatario, e non dalla data in cui l'atto contenente la diffida fu emanato.

È da rilevare che, nel caso deciso in base ai principi sopra esposti con la sentenza 23 marzo 1923, n. 75, la V Sezione del Consiglio di Stato riconobbe che la condotta dell'impiegato (segretario) poteva essere censurata, in quanto egli, nelle condizioni in cui si trovava il Comune, avrebbe potuto e dovuto accorrere alla chiamata; tuttavia, essendo stato assegnato un termine, la Sezione dichiarò illegittimo il licenziamento deliberato prima che il termine fosse decorso *dalla data della notificazione della diffida.* Data la importanza della massima, crediamo utile riportare la parte essenziale della sentenza già indicata.

« Non è giuridico, è detto in essa, far decor« rere un termine a carico di chi non conosce « il provvedimento che lo stabilisce, e, a me« no sia espressamente dichiarato, deve ritener« si che il termine decorre dalla comunicazione « del provvedimento, e, cioè, dalla notizia di « esso; tanto più ciò deve dirsi quando è com« minata una decadenza e, come nella specie, « ne sarebbe seguita la perdita dell'impiego.

« La circostanza che l'ordine fosse datato e « che la data fosse pure resa nota all'interes« sato non importava una decorrenza di ter« mine, restringendo i venti giorni che erano « stati all'uopo assegnati. In linea generale, « potrà essere censurata la condotta dello im« piegato, che, nelle condizioni in cui si tro« vava il Comune e per cui era richiesta la sua « opera, non ha sentito il dovere di accorrere « immediatamente alla chiamata della ammi« nistrazione. È, per vero, inattendibile che gli « fosse inibito il rimpatrio. Il certificato in atti « prodotto il 27 febbraio scorso si riferisce ad « un tempo posteriore, mentre all'epoca del « suo richiamo non risulta affatto che esistesse « tale divieto, anzi il ritorno dello Zaninotto « (solo, e, cioè, senza la famiglia) a Cinto Coa« maggiore poco dopo la deliberazione di li« cenziamento starebbe a dimostrare il con« trario. Ma non è su ciò da insistere.

« La Sezione è chiamata a giudicare della « legalità o meno del provvedimento in rela« zione alla diffida fatta all'impiegato e alla « tempestività della deliberazione. Tale que« stione, che è di puro diritto, non può essere « che risoluta a favore dello Zaninotto. Stabi« lendo un termine al segretario, il Commis« sario veniva, per fatto proprio, a limitare « nel tempo i suoi poteri, ed il provvedimento « emesso prima che scadessero i venti giorni « era per se stesso illegale e, comunque, rap« presentava un eccesso di potere, e doveva, co« me tale, essere dalla Giunta Provinciale am« ministrativa annullato. Nè poteva giovare al « Comune lo addurre che la Prefettura di Ve« nezia, con la sua nota dell'8 marzo, avesse « assicurato di avere disposto che lo Zaninotto « fosse diffidato, aggiungendo che, trascorso il « termine dei giorni venti, il Commissario « provvedesse al licenziamento; poichè rimane« va sempre il dovere del Commissario di ve« rificare se la dilazione assegnata al rimpa« trio fosse o meno spirata, ciò che avrebbe « potuto e dovuto constatare e direttamente o « richiedendo ulteriori informazioni alla Pre« fettura ».

III. — Licenziamento di impiegati interini.

La V Sezione del Consiglio di Stato può giudicare anche dei ricorsi concernenti la nomina di un impiegato comunale, qualora il provvedimento sia intimamente connesso al licenziamento di altro impiegato.

È competente la Giunta Provinciale amministrativa, in sede contenziosa, a giudicare dei ricorsi contro il licenziamento di un impiegato interino (nella specie si trattava di un segretario comunale ma è analoga la condizione del medico condotto).

Non è necessario preavviso per il licenziamento di un impiegato nominato interinalmente sino al positivo espletamento del concorso.

(Consiglio di Stato, Sezione V, decisione 27 aprile 1923 n. 121).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Scuola Nazionale di Odontoiatria.

Il Consiglio dei Ministri, nell'ultima adunanza del 1923, su proposta dell'on. Gentile, ha approvato uno schema di regio decreto che istituisce ed ordina una Scuola Nazionale di Odontoiatria presso la R. Università di Roma. La Scuola avrà per fine di promuovere l'incremento degli studi di Odontologia e la diffusione della profilassi dentaria con speciale riguardo a quella degli operai e dei bambini.

La Scuola conferirà la laurea in Odontoiatria. Secondo il progetto, il corso avrà la durata di sei anni, di cui i primi quattro comuni con la Facoltà medica. Potranno ottenere l'ammissione al quinto corso della scuola i laureati in medicina e chirurgia.

Esame di Stato.

Il Ministro Gentile ha pure riferito sullo schema di un provvedimento che disciplina l'Esame di Stato. Questo dovrà darsi per la professione di medico-chirurgo, dai laureati in medicina e chirurgia; per la professione di odontoiatria dei laureati in odontoiatria oppure dai laureati in medicina e chirurgia dopo due anni dal conseguimento della laurea; per la professione di veterinario dai laureati in zooiatria; per quella di farmacista dai laureati in chimica farmacia o dai diplomati in farmacia.

Per l'art. 4 la qualifica di specialista in qualsiasi ramo di esercizio professionale può essere assunta soltanto da coloro che abbiano conseguito il relativo diploma, secondo quanto sarà prescritto dagli statuti delle Università e degli Istituti d'istruzione superiore.

Le lauree e i diplomi, che saranno conseguiti fino al 31 dicembre 1925 da coloro che, precedentemente alla pubblicazione del R. D. 30 settembre 1923, sono stati regolarmente iscritti a tutti gli anni di corso stabiliti dagli ordinamenti universitari per il conferimento delle lauree e diplomi cui aspiravano, avranno, agli effetti dell'abilitazione all'esercizio professionale, lo stesso valore delle lauree o diplomi conseguiti entro il 31 dicembre 1923.

Cronaca del movimento professionale.

Per i medici condotti.

Il comm. Rossoni, segretario generale delle Corporazioni fasciste, ha ricevuto il Direttorio del Sindacato Nazionale Medici Condotti (dottori Vacino, Campoli, Cocito, Fatichi, Montano, Oliaro, Parodi, Porcacini, Tonelli, Carobbio) che gli ha raccomandato un memoriale riguardante i convegni provinciali della classe coi rappresentanti della Federazione dei Comuni fascisti, e gli ha inoltre esposto l'urgenza di provvedimenti per i medici del Mezzogiorno e delle Isole e per il pagamento degli stipendi da parte dei Comuni inadempienti.

Il Sindacato domanda anche che a far parte della Commissione del Regolamento per la nuova legge sulla Cassa di previdenza dei sanitari venga chiamato un rappresentante della classe.

Il comm. Rossoni, dichiarandosi soddisfatto per l'avvenuto inquadramento nelle Corporazioni fasciste della massa dei medici condotti — che del lavoro intellettuale costituiscono uno dei migliori elementi — assicurò che avrebbe presentato al Governo, appoggiandoli, i desideri espressi dal « Sindacato Nazionale Medici Condotti ».

Ordine dei medici della provincia di Roma.

Per il 20 gennaio è convocata l'assemblea ordinaria. Udita la relazione del presidente e approvati i bilanci, si procederà al rinnovamento del Consiglio.

In onore dei medici caduti in guerra.

La Società Medica Chirurgica di Bologna ha commemorato in un'adunanza pubblica e solenne del 4 novembre i propri soci caduti in guerra. I discorsi pronunziati in quella occasione dal prof. Dagnini, dal gen. Sani e dal prof. Silvagni sono stati raccolti in un artistico opuscolo.

Il discorso elevatissimo del Silvagni è l'esaltazione dell'opera eroica e pietosa compiuta dalla famiglia medica durante la guerra: esso è destinato a suscitare vivo interesse.

L'opuscolo, corredato dei ritratti dei quattro caduti, è in vendita presso la libreria Cappelli di Bologna al prezzo di L. 5.50, pro monumento ai medici caduti sul campo dell'onore.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Corpo d'Armata di Bologna.

(*Continuazione; vedi fasc. 50*).

	Lire
Dott. Del Zotto Giuseppe, Mel (Belluno) . .	25
Dott. Gavani Giusto, Carpanarolo (Em.) . . .	50
Dott. Lolito Raffaele, S. Pietro (Bolzano) .	20
Dott. Zanon Dal Bo Luigi, Treviso	100
Dott. Ghinotti Carlo, Mezzogoro	50
Prof. Boschi Gaetano, Ferrara	120
Dott. Bragaglia Bruno, Marmorta	30
Dott. Melo Francesco, Carpi	20
Dott. Berti Arturo, Modena	100
Dott. Anastasi Di S. Giacomo, Vittorio Ven.	20
Dott. Jacoli Zeffiro, Vignola	25
Dott. Buscaroli Edmondo, Argenta	80
Dott. Nocetti Giuseppe, Solara	25

Regia Marina.

	Lire
Ten. Gen. M. Rho Filippo	100
Cap. M. Saitta Salvatore	80
Cap. M. Ciccarelli Michele	100
Ten. Col. M. Mola Giovanni	110
Magg. M. Narciso Vincenzo	100
Magg. M. Mudenga Giuseppe	100
Magg. M. Assensio Giustino	100
Ten. M. Rossani Giuseppe	40
Magg. M. Vittori Enrico	100
Magg. M. Milone Giovanni	100

	Lire
1° Cap. M. Sermani Ulderico	80
1° Cap. M. Matteucci Enrico	50
Ten. M. De Mitri Andrea	70
Ten. M. Ferri Andrea	70
Ospedale di Marina - Taranto:	
Trapani Pietro	45
Rosso Gustavo	32.50
Talarico Achille	32.50
Magg. M. Cantamessa Gustavo	100
Cap. M. Signore Arturo	80
Cap. M. Pera Gennaro	80
Col. M. Antonelli Fortunato	130
Ten. Col. M. Ferraro Dante	110
Ten. Col. M. Tabarelli Alessandro	110
Cap. M. Grova Cesare	80
Cap. M. Quintarelli Luigi	80
Cap. M. Spinelli Pietro	50
Cap. M. De Giorgio Giov. Battista	80
Cap. M. Greco Giuseppe	100.80
Ospedale della R. Marina - Pola:	
Marantonio Roberto	115
Gagliani Giuseppe	50
Prisco Achille	50
Quaini Giovanni	50
Cotella Cerri Giov. Batta	50
Mensa Ernesto	50
Ceccherelli Giulio	40
Dellarossa Ugo	40
Fattori Alberto	40
Lorenti Giov. Batta	30
Peruzzi Mario	30
Del Giudice Antonio	30
Guiso Luciano	30
Andrenelli Benedetto	30
Gabbia Marco	30
Ten. Col. M. Mazzucconi Michelangelo	120
Cap. M. Salotti Adelchi	80
Cap. M. Dufour-Berte Giuseppe	80
Cap. M. Capitani Icilio	50
Col. M. Nota Giovanni	130
Ten. Col. M. Luzzatti Alfredo	110
Ten. Col. M. Fuscianella Salvatore	110
Ten. Col. M. De Silvestro Roberto	110
Ten. Col. M. Grandinetti Alberto	110
Magg. M. Ferrari Carlo	100
Magg. M. Marcone Attilio	100
Magg. M. Rolando Giuseppe	100
Magg. M. Salutari Raffaele	100
Magg. M. Cavallini Enrico	100
Maggg. M. Serra Stefano	100
1° Cap. M. Di Loreto Ottavio	80
1° Cap. M. De Gennaro Girolamo	80
1° Cap. M. Varriale Raffaele	80
Cap. M. Torelli Quintino	80
Cap. M. Favatti Antonio	80
Cap. M. Bosio Pietro	80

(*Continua*).

CONCORSI.

Posti vacanti.

Benevento. — Capo della Sezione medico-micrografica e Capo della Sezione chimica del Laboratorio consorziale d'Igiene; L. 10,000 ciascuno. Scadenza 24 gen.

Berra (*Ferrara*). — Pel capoluogo. L. 10,000 oltre quota complementare di L. 3000. Stato di famiglia. Scad. 20 gen. Richiedere alla Segreteria nuovo avviso di concorso.

Buddusò (*Sassari*). — Condotta medica poveri capoluogo. Stipendio lordo L. 7400; quattro aumenti sessennali decimo; doppia indenn. caro-viv.; L. 500 uff. san. Scad. 30 gennaio.

Castelnuovo Val di Cecina (*Pisa*). — Scad. 20 gen.; pel capoluogo (ab. 2261 con 75 pov.); L. 8000 e quadrienni fino a L. 12,000; due c.-v.; L. 2000 calvalc.

Cuneo. *Ospedale di S. Croce Monte di Pietà.* — Medico assistente. Scad. 20 genn. Titoli. L. 1400 (*sic*) annue oltre vitto e alloggio, 4 % sulle tasse operative e tasse di cura ed ambulatorio. Il servizio è determinato dal Regolamento sanitario visibile in Segreteria.

Isola Ponza. — 2 condotte centro, villaggio; lire 6000. Scad. 16 genn. Età lim. 40 sarà rivalso.

Mantova. — Medico di riparto; L. 9000 e aumenti quadriennali del decimo; c.-v. di L. 780 se celibe, di L. 1200 se coniug. Scad. 20 gen. Età lim. 40. Voti di laurea e degli esami speciali. Serv. entro 15 giorni.

Medico del Dispensario comun. anticeltico; lire 3500; nom. triennale. Scad. 22 gen. Serv. entro 15 giorni.

È escluso dai suddetti posti chi fosse stato dichiarato disertore di guerra, anche se amnistiato. Chiedere annunzi.

Maratea (*Potenza*). — A tutto il 31 gen. Età limite 50. L. 3000 (*sic*); 4 quadrienni di L. 350 e 2 di L. 300; un c.-v. Addizion. di L. 10 ogni povero oltre i 300. Serv. entro 15 giorni.

Mogliano (*Macerata*). — Scad. 31 gen. Due cond., di cui una prevalentem. chirurgica, con direz. dell'Ospedale; transitoriam. semi-residenziali. L. 9000, un c.-v., L. 2000 cav., L. 1000 al direttore osped., L. 500 all'uff. san.

Monselice (*Padova*). — Chirurgo primario dell'Ospedale. A tutto 20 gen. Rivolgersi Ufficio Segr.

Montecreto (*Modena*). — Scad. 31 gen. Stip. lire 8000, indenn. trasp. L. 2500.

Montegallo (*Ascoli Piceno*). — Al 31 genn. è nuovam. aperto il conc. alla condotta; L. 5500 obbl. resid., L. 1000 fino a 1000 pov., L. 4500 a *forfait* pei semi-abbienti; addiz. L. 2.50; per cav. L. 2000; 1° c.-v. in L. 1200; quale uff. san. L. 500. Ab. 3337. Età lim. 40. Chiedere annunzio.

Poggio Buggianese (*Lucca*). — Scad. 31 gen.; 2ª cond.; stip. L. 6000; doppio c.-v. ridotto del 34 %; L. 400 supplenza; L. 2000 cav. In corso nuovo capitolato unico d'accordo con l'A. N. M. C. Rivolgersi al Sindaco.

S. Leo (*Pesaro-Urbino*). — Tre condotte (capoluogo e frazioni). Proroga al 31 gen.

S. MINIATO (*Firenze*). — Scad. 31 gen. Per Cigoli. Tassa di concorso L. 50. Chiedere altre condizioni alla Segreteria comunale.

SPACCAFORNO (*Siracusa*). — Scad. 24 gen. L. 5500 e 5 quadrienni decimo.

VELLETRI (*Roma*). *Congregazione di Carità.* — Direttore Ospedale; L. 10,000, c.-v., 4 quadrienni decimo, 40 % provento operazioni chirurgiche, con facoltà di revisione. Età lim. 30-45. Situaz. fam. Serv. entro 15 g. Rivolgersi al Presid. Scad. 25 gennaio.

VICENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario-Medico capo del capoluogo; L. 12,000; aumenti triennali; indenn. di carica L. 2000; caro-viv. Scad. 31 gennaio. Rivolgersi alla Prefettura.

VOLTRI (*Genova*). — 4a zona; L. 4000 (*sic*) e 6 quinquenni dec.; L. 1000 indenn. resid. Età 27-39. Tassa di concorso in L. 50. Scad. 20 gen.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà medica napoletana ha designato con voto unanime l'on. prof. Pietro Castellino a Direttore della I Clinica Medica, cattedra illustrata per tanti anni di insegnamento da Antonio Cardarelli.

Cordiali congratulazioni all'insigne clinico.

Il prof. Georges Guillain è stato chiamato alla cattedra di clinica neurologica dell'Università di Parigi, illustrata già da Charcot, Dejerine e Pierre Marie.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di giugno 1923.

MALATTIE	4-10 giugno		11-17 giugno		18-24 giugno		25 giugno 1° luglio	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	262	1476	192	1154	254	2071	197	1126
Scarlattina . .	104	282	75	229	104	327	84	220
Vajuolo e vajoloide . . .	7	8	4	5	3	5	7	11
Tifo addominale . . .	122	225	120	254	142	223	149	247
Difterite e croup . . .	113	202	100	153	101	158	85	113
Meningite cerebro-spinale	13	14	4	4	10	10	5	5
Dissenteria	5	6	6	14	12	16	6	6

Tifo petecchiale, colera asiatico, peste bubbonica, nessuna denunzia.

COMMEMORAZIONI.

La commemorazione del prof. Foà all'Accademia dei Lincei.

Nell'ultima tornata dell'Accademia dei Lincei, il professore PIO FOÀ, che la morte ha colto mentre con vigore giovanile, si era accinto ad opere di lunga lena, è stato degnamente commemorato dal prof. Marchiafava. L'insigne anatomo-patologo, vanto della Scuola romana, ha messo in piena luce la figura dell'Estinto, facendone risaltare in un lucido discorso, i meriti di scienziato e di apostolo. Tralasciamo le notizie puramente biografiche, già date nel fasc. 48 del 1923, accennando qui ai punti principali della commemorazione del prof. Marchiafava.

Già incaricato dell'insegnamento dell'anatomia patologica a soli 27 anni, il prof. Foà percorse tutti i rami della carriera universitaria per virtù dei concorsi e fu per concorso che riuscì ordinario di anatomia patologica a Torino nel 1884. Quando egli entrò nell'arringo scientifico, la medicina italiana si interessava vivamente ai progressi che rapidi si andavano compiendo nell'istologia, nell'anatomia patologica, nella patologia sperimentale ed alle nuove conquiste riguardanti l'eziologia parassitaria delle malattie. Ed in tutti questi campi si distinse il Foà per i suoi lavori; i più importanti di quelli fatti nei primi tempi riguardano il midollo osseo ed in generale il sistema emopoietico. Studiò l'origine e la morfologia del globulo rosso e compì particolari indagini sui megacariociti, dei quali confermò la funzione generatrice delle piastrine e dimostrò quella fagocitaria. Altri importanti lavori egli compì sulla milza, sulla patologia del fegato, sulla coagulazione del sangue. Più tardi, attratto dalle ricerche batteriologiche, rivolse la sua attenzione particolarmente al pneumococco, di cui potè per primo dimostrare l'esistenza di due varietà, arrivando poi ad ottenere un siero dotato di efficacia per gli animali di esperimento. Ma questi studî allettanti non lo distolsero dagli altri, in quanto che Egli diede alla batteriologia il giusto, grande valore ma, come patologo esperto, comprese che quelle conoscenze non valevano a risolvere tutto il problema causale e genetico delle malattie infettive. Fra gli altri lavori sono da citarsi quelli sull'infarto del rene, sulle alterazioni del midollo spinale nell'influenza, sulle capsule surrenali, sui corpi inclusi delle cellule cancerose, e molti altri.

Ultimamente aveva dedicato gran parte della sua attività agli studî sul cancro; meritatamente era stato eletto presidente della Federazione italiana per la lotta contro tale malattia ed aveva additato nel suo recente discorso sulle nuove cognizioni intorno al cancro, i compiti per rendere realmente efficace la lotta contro di esso. E così pure, sempre con l'animo volto al bene sociale, fu uno dei più attivi campioni nella lotta antitubercolare.

Ma un'altra grande benemerenza devesi ascrivere a Pio Foà, quella cioè di essere stato un fervido educatore della gioventù, cui dava nobile esempio con la sua vita austera di uomo studioso e di cittadino probo. Egli usciva dal Laboratorio per diffondere con la sua stessa voce i benefici della scienza nella società, per promuovere l'interesse per i problemi vitali che si riferiscono alla conservazione della salute, alla preservazione dalle malattie, allo scopo di formare una coscienza igienica necessaria al progresso della efficienza fisica e morale della nazione, combattendo i pregiudizî e le male usanze che ne sono i maggiori ostacoli. A questa opera altamente benefica, Pio Foà si accinse con le sue Conferenze divenute veramente popolari; specialmente poi con quelle di igiene fisica e morale, di pedagogia sessuale, Egli mirava alla nuova educazione dei giovani alla morale sessuale, rivelando loro con accorgimento le leggi eterne della natura nelle funzioni della riproduzione e mettendoli in guardia contro le malattie che vi sono connesse.

Molto di sè stesso egli diede alla Patria nostra fin da giovane, accorrendo ancora studente fra le file dei soldati di Garibaldi, ed ora durante la grande guerra, prodigandosi nelle varie zone del fronte, dove tenne discorsi, alcuni dei quali destarono immenso entusiasmo.

Dopo la guerra, Egli iniziò la pubblicazione del «Trattato di anatomia patologica», con la collaborazione di patologi italiani, fra cui sono compresi coloro che furono suoi assistenti. Di questa opera, che contribuiva ad emancipare la gioventù medica nostra dalla soggezione dei trattati stranieri, Egli scrisse due grandi capitoli, uno sul sangue e sugli organi emopoietici, l'altro sull'anatomia patologica dell'apparato respiratorio. La pubblicazione di questo trattato era divenuta la precipua occupazione e anche la preoccupazione della sua vita, tutta intenta al compimento dell'opera.

Ebbe sempre grandi cure per i suoi allievi, non pochi dei quali, godono oggi meritata riputazione scientifica; l'unico figlio, Carlo, ha seguìto le orme paterne, raggiungendo per virtù del suo ingegno e dei suoi lavori il grado di professore ordinario in una delle più antiche e gloriose Università italiane.

Nel suo molteplice ed incessante lavoro, Pio Foà, animato unicamente dal desiderio di fare il bene, non badava e sacrifici, a disagi, a strapazzi che l'età inoltrata rendeva più aspri ed anche penosi. Ed era sempre pieno del desiderio di avanzare nelle conoscenze non soltanto nella scienza da lui prediletta, ma pure nelle altre scienze e nel campo letterario ed artistico. E l'arte fu pure una delle sue grandi passioni; dotato di gusto fine, aveva in materia una profonda conoscenza e dedicava gran parte dei suoi viaggi alla visita ed allo studio di opere artistiche. Una fraterna amicizia lo legava a Leonardo Bistolfi, il quale stimava altamente il senso d'arte purissima dello scienziato e ne plasmò nel bronzo la forte figura, che si protende plastica dalla nicchia murale nella Scuola dove egli insegnò per mezzo secolo. Ma, come dice Tacito, non tanto le statue ed i monumenti, quanto le opere ed i costumi salvano gli uomini dall'oblio. La feconda operosità di Pio Foà, le sue virtù, il suo sentimento filantropico ci danno la convinzione che Egli non sarà dimenticato.

NOTIZIE DIVERSE.

Per la Idrologia italiana.

In una lettera-circolare del sen. prof. Mangiagalli, che è stata recentemente comunicata ai Presidenti delle Associazioni mediche, di Idroclimatologia, di Igiene pubblica, ecc., è tracciato un chiaro programma sintetico a favore della Idrologia italiana, della Climatologia e Talassoterapia.

In tale lettera-programma si afferma la opportunità che, mentre non è probabile, almeno per ora, che si possano effettuare nuovi insegnamenti speciali e nuove cattedre nelle Università, venga affidato alle iniziative libere e in particolare agli «Istituti di Perfezionamento» (quali gli «Istituti Clinici» di Milano) l'insegnamento scientifico-pratico della Idro-climatologia, ecc.

Vi si afferma, altresì, la opportunità di usufruire delle forze vive italiane nei campi scientifici collaterali (quali fisica, chimica, geologia, ecc.) che dànno alla Idro-climatologia elementi fondamentali; così, si ricorda la opportunità di costituire una raccolta, con esposizione permanente, dei piani, disegni, fotografie, diagrammi, ecc., riferentisi alle singole Stazioni curative; e di organizzare altresì delle visite a ciascuna di esse per dimostrazioni «in loco» a gruppi di medici poco numerosi, mentre si farà opera affinchè a tutti i medici d'Italia giungano le notizie generali, riguardanti specialmente le indicazioni terapeutiche delle singole Stazioni.

Riguardo ai mezzi finanziarii necessarii, essi sarebbero forniti in parte da Enti ed Istituti, in omaggio alle finalità culturali e pratiche di questi insegnamenti, valorizzanti le nostre risorse naturali, ed in parte dovrebbero essere forniti dalle singole Società ed Aziende interessate a tali valorizzazioni.

A questo programma, concepito dal sen. Mangiagalli, davano la più completa adesione, con lettere di plauso, tutti gli alti Rappresentanti dei maggiori Sodalizii medici (Federazione degli Ordini, quella dei Medici Chirurghi liberi professionisti, Associazione Nazionale dei Medici Condotti, ecc.), nonchè la Federazione fra gli Stabilimenti Termali, Idro-balneari, ecc., il Comitato Permanente per le Industrie Sanitarie, ecc., ecc. Nei voti di tutti era la rapida attuazione del magnifico programma.

La organizzazione pressante ed improrogabile di tutto ciò che riguarda la nuova «Università di Milano» impediscono, momentaneamente, al senatore Mangiagalli di dedicare al programma suaccennato tutto il tempo e le cure che necessiterebbero per una immediata attuazione. Intanto, per-

chè di tale programma sia effettuata almeno una parte iniziale, si è stabilito che il prof. Piccinini terrà, presso gli Istituti Clinici, una prima conferenza, della quale saranno al più presto annunziati l'argomento, la data, ecc., e che sarà seguita da altre.

Il sen. Mangiagalli confida che le singole Aziende Idrologiche, Climatiche, Talasso-Terapiche gli vogliano dimostrare la loro adesione inviandogli (presso gli « Istituti Clinici », via Commenda, n. 12, Milano) la sottoscrizione immediata di mezzi finanziarii, atti a concretare un programma, il quale ha trovato il più unanime ed il più entusiastico consenso.

"Pneumothorax artificialis"

È di imminente pubblicazione il bollettino annuale dell'Associazione internazionale « Pneumothorax Artificialis ». Esso conterrà l'elenco dei medici associati di ogni paese, che praticano il pneumotorace artificiale. Inoltre saranno aggiunte le comunicazioni dell'Associazione ed una rubrica speciale di notizie tecniche, riguardanti la terapia pneumotoracica. Il bollettino inizierà pure la pubblicazione dell'indice bibliografico della letteratura pneumotoracica. Tutti i medici che praticano la terapia pneumotoracica o la chirurgia collassoterapica, sono invitati ad inviare con cortese sollecitudine la loro adesione colla quota di associazione di L. 10 alla redazione del bollettino: Tipografia A. Kettlitz - Milano (20), viale Monforte, 23. I soci indicheranno la dicitura che desiderano pubblicata sul bollettino (nome, cognome, indirizzo, specializzazione, titoli accademici, ecc.). Di tutti i lavori inviati alla redazione suddetta, sarà fatta citazione nell'indice bibliografico. Delle opere più importanti sarà fatta una breve recensione.

Federazione Italiana Medici Infortunisti.

Il 26 gennaio, a ore 9, nel teatro dell'Istituto di Medicina legale della R. Università di Bologna, avrà luogo il II Convegno fra Medici infortunisti. Presiederà il prof. Giuseppe Moriani, direttore dell'Istituto e Ordinario di Medicina legale. Il prof. Gino Ricchi riferirà sul tema: « Concause d'invalidità » e seguiranno poi numerose comunicazioni in materia infortunistica.

Nella Cassa Nazionale Infortuni.

Con R. D. 27 ottobre 1922, n. 1847, furono fissate le norme per la ricostituzione del Giudizio Arbitramentale presso la Sede Compartimentale di Trento della Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli infortuni sul lavoro. Con Decreto del Ministro della Economia Nazionale, di concerto con il Ministro della Giustizia, è stato costituito il Giudizio Arbitramentale stesso. Con altro Decreto del Ministro dell'Economia Nazionale è stato istituito il Comitato Tecnico.

Società italiana per lo studio delle questioni sessuali.

È stato costituito il Consiglio direttivo della Società per il 1924: esso risulta formato come segue: presidente: on. prof. S. Baglioni, Roma; vice-presidente: prof. P. Sfameni, Bologna; consiglieri: proff. C. Artom, Siena; R. Corso, Napoli; A. Fontana, Torino; L. Limentani, Firenze; dott.ª C. Lollini, Roma; prof. V. Montesano, Roma; sindaci: proff. G. Bilancioni, G. Prezzolini e dott.ª T. Sandeski Scelba, Roma; segretario: prof. A. Mieli, Roma; vice-segretario: dott. D. Spinelli, Roma.

L'indirizzo della Società è presso il Segretario prof. Aldo Mieli, via Casalmonferrato, 29 - Roma (40).

Il Consiglio direttivo del Gruppo Romano della Società è costituito dai signori proff. S. Baglioni, G. Busacca, E. Levi, A. Romagna-Manoia, A. Mieli, segretario, dott. D. Spinelli, vice-segretario. Le adunanze hanno luogo tutti i 19 del mese alle ore 18 nell'aula dell'Istituto di Fisiologia, via Agostino Depretis.

Corsi di perfezionamento.

Col 15 gennaio iniziano: un corso di perfezionamento in igiene diretto dal prof. Volpino a Messina, per aspiranti ufficiali sanitari; ed un corso di puericoltura diretto dai proff. Alfieri e Spolverini a Pavia con esercitazioni pratiche e visita ad istituzioni di assistenza all'infanzia.

***

Col 16 gennaio avrà inizio alla Clinica Otoiatrica di Roma un corso di perfezionamento in Otorino-laringoiatria. Durerà 4 mesi; le lezioni saranno impartite dai proff. Ferreri, Bilancioni, Auriti e Ferreri Giorgio. Si accettano stranieri.

Certificato di nascita legalizzato dal Tribunale; quietanza di L. 200.50 e L. 74.90 sopratassa di esami rilasciata dalla Segreteria della R. Università di Roma; L. 20 per il diploma.

***

Un corso di perfezionamento bimestrale in Clinica delle malattie nervose avrà luogo presso la Clinica delle Malattie Nervose dell'Università di Roma al Policlinico Umberto I.

S'inizierà il 4 febbraio. Gl'insegnamenti saranno impartiti dai proff. Mingazzini, Fumarola, Ayala, Di Marzio. Si accettano laureati di Università straniere.

Quietanza di L. 300.50 rilasciata dall'Economo dell'Università. Si dovranno pure versare nella Cassa universitaria L. 96.60 per sopratasse, indennità e diploma.

Collana di conferenze per gli insegnanti elementari e gli allievi degli Istituti Magistrali.

L'Associazione Italiana per l'Igiene, presieduta dal prof. A. Sclavo, la quale come Organo Nazionale di Propaganda Igienica, va svolgendo fra le masse una intensa e continua opera educatrice, non appena venuta a conoscenza dell'encomiabile programma d'insegnamento dell'Igiene nelle Scuole elementari, emanato dal competente Ministero della P. I., ha stabilito di pubblicare una serie di conferenze sugli argomenti contenuti nel programma stesso, che possa riuscire di utile guida agli Insegnanti nel nuovo importante compito loro tas-

sativamente assegnato, di volgarizzare agli alunni delle Scuole elementari i principali dettami dell'Igiene, curandone, anche, la pratica attuazione.

Per tale iniziativa la Presidenza dell'Associazione si è procurata, fra i suoi soci, la competente collaborazione dei più autorevoli Igienisti d'Italia, dei quali si parteciperà prossimamente l'esatto elenco unitamente al dettagliato programma dell'opera che si conta poter licenziare nel primo semestre dell'anno.

Le riforme nell'Ufficio d'Igiene a Milano.

Fra le riforme che il Municipio si propone di introdurre allo scopo di raggiungere delle economie e di migliorare i servizii, segnaliamo quelle riguardanti l'Ufficio di Igiene. Attualmente il Medico capo, oltre che i servizii igienici propriamente detti, aveva alle proprie dipendenze anche il servizio di assistenza sanitaria, a cui era preposto un ispettore, che funzionava anche come Medico capo aggiunto. Con le nuove proposte, a capo dell'Ufficio di Igiene vero e proprio, rimane l'Ufficiale Sanitario, mentre alla dirigenza dell'Assistenza sanitaria viene posto un medico al quale arriveranno tutte le pratiche relative all'Assistenza sanitaria (medici, levatrici, medicinali per i poveri, ecc.) che non hanno nulla a che fare con i servizii di igiene.

Fra i 473 posti soppressi dall'organico comunale se ne notano 10 occupati da medici e levatrici delle condotte e 15 di medici dell'Ufficio d'Igiene.

Fondazioni universitarie.

Con RR. decreti 7 e 14 giugno 1923 sono stati eretti in Enti le fondazioni Luigi Mangiagalli a Milano, Antonio Ceci a Pisa ed Ernesto Pestalozza a Roma e ne sono stati approvati i relativi statuti.

Discorsi inaugurali.

Abbiamo già dato notizia dei discorsi tenuti per l'inaugurazione di anni accademici. Riportiamo altri temi concernenti la medicina e la biologia: a Napoli il prof. Angelo Zuccarelli ha svolto il tema «Per una concreta eugenetica della razza e della umanità»; a Ferrara il prof. Sergio Panunzio: «Consenso e apatia»; a Pavia il prof. Luigi Montemartini: «A quarant'anni dalla morte di Darwin»; a Parma il prof. Pietro Guizzetti: «Le forme e le passioni umane nella pietà».

Nella stampa medica.

A cura del prof. Mario Varanini, della R. Università di Parma, ha ripreso le pubblicazioni *Auto-Riassunti e Riviste*, periodico che era stato fondato dal compianto prof. Alberto Riva e che ha lo scopo di riassumere e far conoscere tutta la produzione italiana nel campo delle scienze mediche e affini.

***

Inizia le pubblicazioni il periodico quindicinale *La Medicina Biologica* diretto dal prof. Carlo Martelli con la collaborazione di molti cultori della medicina. Si propone un vasto programma e specialmente di valorizzare la produzione italiana e di volgarizzare gli acquisti della medicina biologica tra i medici pratici e gli studiosi. La direzione ha sede in Napoli, Corso Umberto I, 154.

Dispensario antitubercolare.

Il 9 dicembre 1923 si è inaugurato in Forlì un Dispensario antitubercolare per i tubercolotici di guerra del Circondario e della Provincia. La cerimonia venne avvalorata dall'intervento delle principali autorità del paese, dalla promessa del loro appoggio morale e finanziario, dall'augurio che col prossimo anno la benefica istituzione possa estendere la sua opera a tutti i tubercolosi.

L'attuale medico fiduciario è l'esimio dott. Pio Pantaleoni, aiuto della Sezione medica dell'Ospedale Civile.

Beneficenza.

La nobildonna Giulia Sassoli Zucchini di Bologna ha lasciato L. 100,000 all'Istituto Rizzoli in favore dei mutilati e ciechi di guerra, e cospicue altre somme a Ricoveri ed Ospedali.

Il prof. Nigrisoli rinuncia alla professione perchè troppo gravato del fisco.

Il prof. Bortolo Nigrisoli, direttore della R. Clinica Chirurgica Universitaria e dell'Ambulatorio dell'Ospedale di S. Orsola in Bologna, pubblica, sui giornali locali, un avviso a pagamento nel quale dichiara che, di fronte all'aumento che gli si viene ad imporre dal fisco, per lui già troppo grave, tronca completamente l'esercizio privato della sua professione e aggiunge che il suo Istituto privato e la Sezione chirurgica della sua casa di salute saranno chiusi.

***

Il gesto energico e deciso del prof. Nigrisoli è un indice del grave disagio determinato da un fiscalismo eccessivo nel ceto professionale italiano.

La classe medica — benemerita del Paese, poichè adempie l'alta missione di garentire o di restituire la salute — è scoraggiata dalla feroce persecuzione del fisco, che l'ha particolarmente presa di mira.

A noi ne giungono gli echi e le ripercussioni; ad esempio ci risulta che per difficoltà economiche, in gran parte imputabili al fisco, molti medici sono costretti a rinunziare alla vita colturale — che importa spese per acquisto di libri, per abbonamenti a periodici, ecc. — in attesa di tempi meno difficili.

La pubblica rinunzia del Nigrisoli all'attività professionale attesta, nel modo più evidente, le difficoltà in cui la famiglia medica viene dibattendosi.

Ci è lecito chiedere alle autorità amministrative una maggiore discrezione?

Una pensione alla signora Curie.

La Camera dei Deputati francese ha approvato ad unanimità il 20 dicembre, un progetto di legge che accorda alla vedova Curie una pensione annua di 40,000 franchi, a titolo di ricompensa nazionale per la scoperta del radium.

Commemorazione del prof. Borri.

Il 4 corr., nel nuovo Istituto di Medicina Legale dell'Università di Roma, fu solennemente commemorato il prof. Lorenzo Borri, per iniziativa dell'Associazione Italiana di Medicina Legale.

Dopo efficaci parole del prof. Donato Ottolenghi, il prof. Cesare Biondi, dell'Università di Siena, pronunziò un elevato discorso, nel quale rilevò la portata degli studi compiuti dal Borri nel campo dell'infortunistica e della medicina sociale e lumeggiò la sua poliedrica e complessa figura di scienziato, di umanista e di cultore delle arti belle.

Alla cerimonia assistevano spiccate personalità del mondo universitario, tra cui il rettore Severi, i sen. Pestalozza e Sanarelli, il prof. Carrara di Torino e molti altri.

In memoria del sen. Senise.

È stato solennemente inaugurato a Napoli, in piazza Vittorio, un monumento in memoria dell'anatomo-patologo sen. prof. Tommaso Senise, che per lunghi anni fu decoro dell'Ateneo partenopeo.

Il monumento è opera apprezzata dello scultore Chiaramonte.

Il prof. Alfredo Vittorio Russo in un discorso semplice e affettuoso rievocò la vita e l'opera di Tommaso Senise; l'on. Pietro Castellino fece l'esegesi storica della scuola e del pensiero della metropoli napoletana attraverso l'opera e il patriottismo dei suoi scienziati; parlarono anche il comm. Angrisano per il Consiglio provinciale e l'assessore Mercurio per il Consiglio comunale di Napoli, il comm. Loreto presidente della Deputazione provinciale di Potenza.

Conferenza del prof. Lignières.

Il prof. Lignières, da molti anni in Argentina, tenne il 16 dic. una conferenza alla R. Accademia medica di Roma su «la malaria dei bovini» (piroplasmosi, anaplasmosi), argomento che interessa i veterinari, i medici ed i biologi, i quali erano, gli uni e gli altri, largamente rappresentati nell'uditorio.

Presentato dal presidente, prof. Vittorio Ascoli, il conferenziere svolse l'argomento in forma brillante e chiara. Rilevò che anche in Italia esistono alcune zone infestate (Agro romano, dove la malattia è conosciuta col nome di emoglobinuria dei bovini). Dopo aver reso omaggio al prof. Sanarelli, che fu il primo a segnalare nell'America del Sud la vera natura parassitaria di questa malattia, il conferenziere descrisse le proprie lunghe ricerche, dalle quali fu condotto alla preparazione di un vaccino consistente in sangue di animali infetti, opportunamente attenuato.

La conferenza fu calorosamente applaudita.

Conferenza del prof. Massarotti.

Il prof. Vito Massarotti ha tenuto, nella sede dell'«Unione Lombarda Ufficiali in Congedo», una interessante conferenza sul problema delle malattie nervose e mentali in guerra, dimostrandone l'importanza e tesoreggiando l'esperienza raccolta, per trarne utili suggerimenti nell'eventualità — da scongiurare ma non da escludere — di una nuova guerra.

Ha insistito in specie sull'istituzione di consulenti psichiatri e di consulenti neurologi d'armata; sull'organizzazione di reparti speciali autonomi; sull'insegnamento della psicologia individuale e collettiva nelle Scuole per ufficiali.

L'oratore fu vivamente applaudito.

La Facoltà Medica di Beyrout.

Creata nel 1883 dal Governo francese in seguito a convenzione con i Missionari gesuiti della Siria, contava in origine 4 professori e 11 studenti. Nel 1889 si aggregò una scuola di farmacia. Nel 1914, epoca in cui assunse il suo normale funzionamento, contava 12 professori, 10 aiuti, 305 studenti.

Chiusa durante la guerra, ha ripreso nel 1919 il suo funzionamento. La lingua in uso è la francese. Gli studenti devono appartenere al bacino orientale della Turchia, della Persia o dell'Egitto. I laureati dalla fondazione raggiungono il numero di 650.

I premi dell'Accademia di Medicina di Parigi.

Tra i numerosi premi assegnati nel 1923 segnaliamo i seguenti: Berrante, di fr. 3092, al prof. Pierre Masson, per i suoi studi sulla diagnosi istologica dei tumori; Pannetier, di fr. 4000, al prof. Levaditi, per i suoi studi sui virus neurotropi ed erpetici; Elena Porgès, di fr. 5000, ai dottori E. Juster e R. Lehmann, per il trattamento della nevralgia facciale con l'ionizzazione intensiva all'aconitina; Tarnier, di fr. 4500, al prof. Lacassagne, per le ricerche relative all'azione dei raggi X sull'ovaia; Herpin, di fr. 3000, al dott. Alojonanine, per i suoi studi su un tipo di atrofia muscolare progressiva ad evoluzione subacuta. Tra i premi da assegnare vi sono i seguenti: uno di fr. 100,000, del principe Alberto I di Monaco; uno d'Argentenil, di fr. 7000; uno Buisson, di fr. 12,000; uno Maria Chevalier, di fr. 9000; uno Audiffred, di fr. 24,000; uno Roussilhe, di fr. 10,000; uno Tremblay, di fr. 9000; uno Huchard, di fr. 8000 e moltissimi altri minori.

Decremento di allieve levatrici.

Quest'anno è andato in vigore il nuovo regolamento sulla Scuola d'Ostetricia per il quale è stato elevato il grado degli studi necessari per l'ammissione delle allieve (la licenza complementare invece della elementare). *La Ginecologia Pratica,* organo delle Levatrici d'Italia, ha fatto una inchiesta per conoscere gli effetti della nuova disposizione sul numero delle inscrizioni. Sulle 31 Scuole d'Ostetricia risposero venti, ed in esse, a tutt'oggi, sono iscritte al primo corso 115 allieve, mentre nel 1922-23 nelle stesse Scuole erano inscritte complessivamente 1211 allieve. Come vedesi una diminuzione enorme. La Rivista di Genova si compiace vivamente del risultato ottenuto e prevede che in pochi anni si risolverà la grave crisi professionale che attraversa attualmente la classe delle Levatrici per la pletora delle diplomate.

La durata media della vita.

Le Società di Assicurazioni sulla vita si interessano di questo argomento sostanziale per i loro bilanci e seguono passo passo i risultati statistici.

Il dott. Dublin, della «Metropolitan Life Insurance Co.» di New York, a quanto pubblica il *Journal of Laboratory*, ha elaborato un'accurata statistica che risale al 1816.

Nel periodo 1816-1840 la media di vita era di 41 anni. Nel periodo 1901-1911 pare si sia raggiunta la media di 55 anni e tale cifra risulterebbe anche fino al 1920, complicanze guerresche escluse.

La causa della diminuzione sembra sopratutto legata alla fortissima diminuzione di mortalità per tubercolosi e per tifo addominale.

Dublin ritiene che se si progredirà col ritmo che si è manifestato in questo ultimo ventennio presto giungeremo a una media di vita di 65 anni, con un guadagno di 24 anni in poco più di un secolo.

Se d'altra parte si potesse giungere a terapie efficaci delle cardio e delle nefropatie Dublin pensa che il livello medio della vita dovrebbe migliorare ancora.

Un medico svizzero accusato di abusare delle clienti.

I giornali danno notizia che è stato arrestato a Ginevra il dott. Francesco Schwarz, sotto l'accusa di avere ipnotizzato molte sue clienti e, fra le altre, la giovane signora Gretchter, moglie di un noto editore ginevrino, di cui egli avrebbe abusato. Gli furono sequestrate varie collezioni di fotografie che il dott. Schwarz dice documenti e che l'accusa definisce come probatorie del suo pervertimento.

Gli amici dell'accusato assicurano che egli non è nè un satiro nè un pervertito, ma uno scienziato di valore, notissimo per i suoi studi di antropologia. S'interessava in modo particolare all'anatomia della donna. Conta oltre 100 pubblicazioni, di cui alcune in volumi copiosamente illustrati.

Distrazione di un operatore.

I giornali recano che la Corte Suprema della città nord-americana di Siracusa ha condannato un noto chirurgo ad una somma equivalente a 150,000 franchi, per danni verso una paziente che egli aveva precedentemente operata ed entro l'addome della quale aveva dimenticato un paio di forbici, ciò che rese necessario un nuovo atto operatorio.

È morto a Lione il prof. GEORGES LINOSSIER, *aggregato* a quella Facoltà medica. Contava 66 anni.

Hanno avuto una vasta portata in clinica e in terapia i suoi studi di chimica biologica. Egli dimostrò per primo l'assorbimento del salicilato di metile attraverso la cute, e introdusse così una nuova forma di terapia salicilica; stabilì quali fattori chimici condizionino lo sviluppo del fungo del mughetto, fornendo così una base scientifica alla terapia locale alcalina della malattia; dimostrò il valore della glicosuria alimentare nella diagnosi d'insufficienza epatica; in collaborazione con Lemoine, eseguì importanti lavori sulle nefrotossine e sulla genesi delle nefriti, sull'oliguria ortostatica, sulle proteine dei sieri specifici. Lascia anche altre tracce profonde nel campo da lui coltivato.

Si è spento a Pavia il prof. GIUSEPPE SORMANI, che insegnò a lungo igiene in quell'Ateneo di cui era da 4 anni emerito. Sono specialmente noti i suoi studi sulla pellagra. Durante la guerra, malgrado l'età inoltrata, diresse gli Ospedali militari pavesi. Era nato a Mede (Pavia) nel 1844.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp

ANNO XXXI Roma, 21 Gennaio 1924 Fasc. 3

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI MEDICINA LEGALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MODENA.

Quanti sono i gruppi sanguigni?

per il prof. LEONE LATTES, direttore.

La nozione dei gruppi sanguigni di isoagglutinazione è ormai banale, ed è del tutto trascurata l'opinione di alcuni autori che in codesta reazione non si possa riconoscere altro che un comportamento irregolare, o per meglio dire una fisonomia strettamente individuale.

I raggruppamenti di individui a reattività sanguigna uguale corrispondono ad una realtà obbiettiva, facilmente dimostrabile.

Classicamente dopo Jansky e Moss si ammette la esistenza nell'uomo di quattro gruppi, quanti corrispondono alla combinazione di due agglutinogeni e delle due agglutinine corrispondenti. Secondo la regola formulata da Landsteiner, in un determinato sangue esisterebbero sempre e soltanto le isoagglutinine non attive sugli agglutinogeni contenuti nei globuli, e la autoagglutinazione non potrebbe mai verificarsi.

L'affermazione di Vorschütz che esista un 5° gruppo, il cui siero agglutina tutti i globuli, compresi quelli del medesimo individuo, è fondata su errori di tecnica e di interpretazione; come è stato facilmente dimostrato (Lattes, Mino) si tratta in tali casi di pseudoagglutinazione da impilamento.

Tuttavia anche a parte ciò, sta di fatto che l'aggruppamento, così come lo hanno schematizzato Jansky e Moss, non è sempre perfettamente regolare. Si sono osservate qua e là alcune reazioni non inquadrabili nei gruppi,

od anzi propriamente contrastanti: per esempio mancanza di alcune reazioni prevedibili, interagglutinazioni tra individui assegnati al medesimo gruppo, oppure agglutinazione di globuli appartenenti al gruppo cosidetto inagglutinabile (I di Janksy, IV di Moss, 0 $\alpha\beta$ di v. Dungern e Hirschfeld). Così anche si è osservato talora che un siero assorbito con globuli di un determinato gruppo conservava un potere agglutinante residuo per altri globuli del medesimo gruppo.

Indubbiamente ad una buona parte di queste osservazioni può rivolgersi la critica che la tecnica usata era imperfetta. Data la grande variabilità da un caso all'altro del potere agglutinante, sarebbe ben facile spiegare la mancanza di alcune reazioni prevedibili, pensando che il metodo usato non sia riuscito a mettere in evidenza le deboli affinità esistenti. Per le reazioni positive contrarie agli schemi si potrebbe ritenere (e per certune si può anzi sicuramente affermare) che esse siano state simulate dalla pseudoagglutinazione. Questo fenomeno, la cui influenza disturbatrice ho ripetutamente messo in evidenza, può infatti, nella sua apparenza esteriore, presentarsi identicamente alla vera agglutinazione. Perciò le discrepanze dallo schema potevano, almeno provvisoriamente, interpretarsi come dovute a «mascheramento» del gruppo reale, riferibili a estreme variazioni quantitative o alla sovrapposizione di fenomeni di altra natura. Di questa idea furono effettivamente parecchi autori, specialmente americani, e realmente, ammoniti dall'esito sfavorevole di alcune trasfusioni sanguigne, essi riuscirono più di una volta a rettificare un errore di assegnazione dovuto a siffatte cause. D'altra parte però in base all'esperienza di altri (Coca, Unger, ecc.), risulterebbe che si hanno talora reazioni da trasfusione anche quando donatore e ricettore, in base a ripetuti esami, appaiono far parte del medesimo gruppo, oppure il donatore appartenga al gruppo I (0 $\alpha\beta$). Al che corrisponde la agglutinazione dei globuli del donatore per opera del siero del ricettore. Ora quando si volesse ad ogni costo non dipartirsi dallo schema per lo più accettato, si potrebbe sempre obbiettare che troppe sono le circostanze, eventualmente tecniche, influenti sulle conseguenze di una trasfusione per poterne trarre argomento, e che d'altro canto la causa d'errore della pseudoagglutinazione, da cui nessuno cercò intenzionalmente di difendersi, è sempre incombente. Ma per vero dire, gli Autori che più si sono occupati dell'argomento, ed anch'io fra essi, non hanno creduto di confinarsi in tale apriorismo; essi hanno ammesso che effettivamente vi fossero intrinseche per quanto poco frequenti deviazioni dallo schema dei gruppi, o propriamente sottogruppi, e che ad essi fossero riferibili alcuni esiti inattesi della trasfusione.

In complesso dalla faraggine di osservazioni disparate, alcune delle quali manifestamente inficiate di errore, non si era finora riusciti a trarre una norma, a mettere in chiaro la natura della circostanza che interviene talora a confondere i classici gruppi, e purtroppo a cagionare inattesi e gravi danni a singoli pazienti.

Nel loro pregevolissimo lavoro Hooker e Anderson, e nella mia recente monografia io stesso, abbiamo dovuto dichiarare che: «la questione delle differenze qualitative entro il gruppo e quella dei sottogruppi debbono considerarsi tuttora aperte».

Unger era andato più in là ed aveva espresso il parere che «il gruppo di un individuo è stabilito dalla presenza di un'agglutinina principale nel siero; l'agglutinazione di globuli per opera di sieri dello stesso gruppo è probabilmente dovuta ad un'agglutinina *para o accessoria*».

A chi ben consideri le cose apparirà che lo studio di questi casi eccezionali è stato sempre superficiale e per lo più assolutamente insufficiente. Non poteva bastare la constatazione di azzollamenti globulari, diversamente interpretabili, nelle reazioni tra quei sieri e quei globuli, e neppure la sopravvenienza di accidenti durante la trasfusione.

Era senza dubbio necessario accertare le presumibili differenze antigeniche, cioè degli agglutinogeni, tra sangui assegnati allo stesso gruppo; e ciò con mezzi sierologici idonei, quali l'assorbimento elettivo e l'immunizzazione. Il che era stato saltuariamente e non sistematicamente praticato, senza che ne fossero tratte deduzioni conclusive.

Questo lavoro di sintesi è stato compiuto recentemente in una pubblicazione veramente importante di Guthrie e Huck (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, febbr.-aprile, 1923), la quale utilizza, oltre alle proprie sistematiche esperienze di assorbimento, anche le sparse osservazioni altrui (1).

È stato detto da qualche commentatore che queste ricerche scuotono le basi su cui si fon-

(1) Purtroppo questa pubblicazione introduce una nuova deplorevole confusione nella nomenclatura. Contrariamente all'uso invalso, designa gli agglutinogeni con lettere minuscole e le agglutinine con maiuscole. Inoltre designa con *b* l'agglutinogeno del gruppo II (più frequente del seguente nei nostri paesi), e con *a* quello del gruppo III (meno frequente); mentre

da la teoria dei gruppi sanguigni. È bene mettere subito le cose a posto. Guthrie e Huck affermano, o per meglio dire confermano, che la presenza di due isoagglutinine e di due agglutinogeni soli nel sangue umano è insufficiente a spiegare tutti i fatti osservati. Ma essi coi loro esperimenti hanno dimostrato la esistenza di una terza isoagglutinina e di un terzo agglutinogeno, ed *hanno rilevato che nessun dato di fatto può condurre a indicarne un numero maggiore.* Ciò equivale a dire che con le combinazioni di tre agglutinogeni e tre agglutinine si spiegano tutte le reazioni osservate, anche quelle che prima apparivano di eccezione non inquadrabili nello schema. Le fondamenta della teoria dei gruppi non sono dunque punto scosse ma anzi rafforzate; salvochè evidentemente il numero dei gruppi non può più essere limitato a quattro, ma deve necessariamente essere maggiore.

A questo punto vogliamo fare una osservazione preliminare.

Guthrie e Huck, prima di venire alla terza agglutinina e al terzo agglutinogeno (rivelabili l'uno per mezzo dell'altra) hanno nel principio del loro lavoro descritto « un nuovo gruppo di isoagglutinazione » distinto dai quattro classici. Propriamente si tratta di alcuni sangui provvisti di tipici globuli B (III), nel cui siero non si trova agglutinina di sorta per tutti i globuli A e AB provati, e, s'intende, neppure per i B. Questi sieri si comportavano dunque come se avessero appartenuto al gruppo IV.

Siamo qui in presenza di reazioni in difetto, come ne furono già osservate da precedenti autori. Guthrie e Huck fanno osservare che le combinazioni biologiche (cioè che non mettono in presenza nello stesso sangue un agglutinogeno e l'agglutinina attiva su di esso) di due agglutinine e di due agglutinogeni non sono solamente quattro (i quattro classici gruppi) ma nove, (v. Tav. I) e notano quindi di avere realmente incontrato una delle rimanenti cinque.

Gli autori peraltro rimangono in dubbio se queste nove combinazioni debbano considerarsi come nove gruppi distinti o come varianti o sottogruppi.

generalmente il primo si indica con *A* e il secondo con *B*. Citando, ho dunque dovuto rettificare tutte queste designazioni. sicchè i simboli appariranno diversi da quelli usati da Guthrie e Huck. Resta inteso pertanto che anche in questo mio scritto *A*, *B*, *C*, sono gli agglutinogeni (*A* del II, *B* del III gruppo tradizionali) e α, β, γ, le agglutinine attive rispettivamente su ognuno di essi; inoltre sarà seguita la numerazione Jansky.

Per noi, non vi è ragione di dubbio: si tratta tipicamente di sottogruppi quando pure la deficienza agglutinativa dei sieri non sia puramente apparente ovverosia quantitativa. Ciò che principalmente conta nelle proprietà individuali del sangue è a parer nostro l'agglutinogeno, qualità cellulare stabile, primitiva, ereditaria; mentre l'agglutinina gli tien dietro a distanza di tempo, e può mutare notevolmente d'intensità per svariate influenze contingenti.

Il fatto dunque che talora manchi, o per meglio dire non sia rilevabile una agglutinina prevedibile, non basta perchè vengano mutati i gruppi, fondati essenzialmente sugli agglutinogeni; ma solo si avranno varietà o sottogruppi, come sono indicati nella Tav. I, dei quali peraltro ignoriamo se essi sono permanenti o transitorî.

TAVOLA I.

	Gruppo classico	Agglutinogeno	Agglutinina
1°	I	0	αβ
2°		0	α
3°		0	β
4°		0	o
5°	II	A	β
6°		A	o
7°	III	B	α
8°		B	o
9°	IV	AB	o

Queste particolarità interessanti anche nei rispetti pratici, quando pure fossero più sicuramente stabilite, non varrebbero a farci respingere la sistemazione dei gruppi quale è tradizionalmente intesa.

Di ben diversa portata sono le ulteriori osservazioni di G. e H., che essi non limitarono alle prove di agglutinazione, ma rigorosamente completarono mediante esperienze di assorbimento elettivo.

Alcune esperienze analoghe erano state compiute già da v. Dungern e Hirschfeld, e da Schütze, piuttosto imperfette e variamente interpretabili. Da esse appariva che un siero α o αβ, assorbito con determinati globuli A, possedeva ancora attività agglutinanti rispetto ad altri globuli A. In questi ultimi pareva pertanto che esistesse un altro agglutinogeno supplementare. Le esperienze di G. e H. non lasciano più dubbio in proposito.

Essi trovarono un sangue il cui siero non agglutinava i globuli di nessuno tra 26 membri del gruppo II (A), di 14 membri del gruppo III (B) e di 7 del gruppo IV (AB). Invece esso agglutinava decisamente i globuli di un'altra persona appartenente al gruppo II (A). La deduzione che si trattasse qui di un nuovo agglutinogeno e di una corrispondente agglutinina fu confermata dalle prove di assorbimento come appare dalla sottostante tabella.

TAVOLA II.
(*da Guthrie e Huck*).

Siero	Assorbito con globuli	Successiva agglut. con globuli			
		Gr. IV Y. O.	Gr. II (H.)	Gr. II (D. J)	G. III. (L. K.)
Gr. III (L. K.)	Gr. IV (Y.A.)	0	0	+	0
„ „	Gr. II (H.)	0	0	+	0
„ „	Gr. II (D. J.)	0	0	0	0
Gr. IV (J. D.)	Gr. IV (Y. O.)	0	0	+	0
„ „	Gr. II (H.)	+	0	+	+
„ „	Gr. II (D. J.)	+	0	0	+
„ „	Gr. III (L. K.)	+	+	+	0

Da essa risulta chiaro che i globuli ritenuti appartenere al gruppo II possono essere di due sorta; gli uni contengono solo l'agglutinogeno A, gli altri in più un agglutinogeno supplementare che può chiamarsi C.

Da più estese, ma sommarie indagini su una cinquantina di individui del gruppo II, risultò che la formula AC è più rara di quella A, e propriamente corrisponde a circa 25% del totale. Questa suddivisione sta forse in qualche rapporto con il cosidetto «piccolo A» di v. Dungern-Hirschfeld, vale a dire con una sorta di sottogruppo di globuli A non agglutinabili da singoli sieri del gruppo III. Questo apparente piccolo A potrebbe spiegarsi mediante la coincidenza di due varianti, rispettivamente del gruppo II e del gruppo III, effettivamente incontrate da Guthrie e Huck, e precisamente rappresentati dalle formule Aβ (II) e Bγ (III). È chiaro che questi rari sieri del gruppo III sebbene mancanti dell'agglutinina α, possono agglutinare ugualmente tutti i globuli 2 della varietà AC.

I sieri del gruppo II si comportarono tutti uniformemente, cioè come se contenessero solo la agglutinina β (1).

(1) In un caso di Unger forse contenevano anche la γ; ma nelle esperienze di questo autore vi è verosimilmente l'intervento perturbatore della cosidetta autoagglutinazione.

Nel gruppo III, parrebbe, secondo le osservazioni di G. e H. e le loro considerazioni sui casi altrui (specialmente Jansky) che le cose vadano in maniera del tutto opposta. In tale gruppo le proprietà agglutinogene appaiono uniformi; corrispondenti alla sola presenza dell'agglutinogeno B. Anche L. e H. Hirschfeld nelle loro estesissime indagini non avevano mai trovato alcuna variazione nell'agglutinabilità dei globuli B, che potesse avvicinarsi al piccolo A. (1).

Inversamente si verificano nel gruppo III estese variazioni del potere agglutinante del siero. G. e H. hanno accertato direttamente mediante opportuni esperimenti di assorbimento le forme B$\alpha\gamma$, Bγ, Bo; l'esistenza della formula classica Bα risulta da altre osservazioni (Jansky), sicchè vi sarebbero tutte le possibili modificazioni.

Per il gruppo IV non è stato verificato alcun fatto in contraddizione con la classica formula ABo. La supposizione di G. e H. che ciò debbasi alla rarità di questo gruppo e che verosimilmente esistano anche in esso varie combinazioni è per intanto puramente arbitraria.

Nel gruppo I, caratterizzato dalla assenza degli agglutinogeni A e B, sono state dimostrate da G. e H. mediante l'assorbimento due varietà di sieri; l'una rispondente alla formula classica $\alpha\beta$, l'altra contenente in più la terza agglutinina γ ($\alpha\beta$). In una osservazione di Ottenberg mancava la agglutinina α.

Quanto ai globuli rossi non potrebbe pensarsi altra variazione se non la presenza di un agglutinogeno diverso da A e da B. Alcuni autori hanno effettivamente creduto di osservare l'agglutinazione di globuli del gruppo I per opera di sieri del medesimo gruppo. G. e H. col loro procedimento rigoroso non sono riusciti a verificare l'esistenza di globuli provvisti del solo agglutinogeno C. Ma ritengono aver riscontrato individui di questa sorta tra i casi di Jansky e di Unger. L'unico caso di Jansky è imperfettamente studiato e per di più mediante una tecnica che dà poco affidamento; in quelli di Unger interveniva il fenomeno altamente perturbatore dell'autoagglutinazione che lascia perplessi sull'attendibilità delle reazioni. Le deduzioni pertanto di G. e H. riguardo alla esistenza isolata dell'agglutinogeno C, potrebbero apparire dubbie, se non fossero validamente confortate da argomenti di altra natura.

(1) Qualche mancata agglutinazione dei globuli 3 è stata osservata da Ottenberg e da me nelle prime incomplete ricerche; ma non si può stabilire a quale causa fosse riferibile.

Di grande valore dimostrativo è l'esito di alcune tra le esperienze di immunizzazione di Hooker e Anderson. Questi AA. sono riusciti a provocare nel coniglio la formazione di eteroagglutinine gruppospecifiche, che reagiscono elettivamente coi globuli dei singoli gruppi umani. Questo metodo è forse ancor più adatto che l'assorbimento elettivo a dimostrare la reattività antigene dei globuli rossi, escludendo la causa di errore della pseudoagglutinazione. Per mezzo suo detti AA. hanno accertato l'obbiettiva esistenza degli agglutinogeni A e B, e la loro contemporanea presenza nel gruppo IV. Orbene essi hanno verificato nei globuli di alcuni individui del gruppo I, non contenenti cioè nè A nè B, la presenza di un altro agglutinogeno che ben può identificarsi con il C di Guthrie e Huck.

Ciò risulta per esempio dalla seguente esperienza:

TABELLA III.
(da Hooker - Anderson).

Coniglio 81 (Antisiero contro i globuli I (O).

Agglutina i globuli dei gruppi	Titolo della agglutinazione					
	normale	immune non assorbito	immune dopo assorbimento con i globuli			
			I (O)	II (A)	III (B)	IV (A B)
I (O)	2	512	2	512	512	256
II (A)	2	256	2	4	8	2
III (B)	2	256	2	4	4	2
IV (A+B)	2	256	2	4	4	2

Fatti del tutto analoghi di immunizzazione sono stati osservati pure nell'uomo in seguito a ripetute trasfusioni con sangue di individui del gruppo I: questi sono stati scelti sovventi come donatori, per pazienti di qualsiasi gruppo, appunto perchè i loro globuli erano ritenuti inagglutinabili epperciò donatori universali. « Dopo la trasfusione di sangue del gruppo I, è soventi necessario fare estese ricerche per trovare sangui inagglutinabili per trasfusioni successive ». (Hooker-Anderson).

Ripetendo la trasfusione di sangue risultato appartenere allo stesso gruppo del ricettore o per lo meno compatibile (in modo da non essere agglutinato dal siero del ricettore e da essere stato trasfuso dapprima senza reazioni di sorta) avviene talora che si abbiano accidenti gravi, eventualmente mortali (Pepper-Nisbet, Morel, Wolfe, Meleney-Stearnes-Fortuine-Ferry, Thalhimer, Mac Clure-Dunn, ecc.).

La spiegazione di questi fatti consiste nella presenza nei globuli trasfusi di un agglutinogeno diverso da quelli del ricettore; il quale, in via immunitaria determina la formazione nel ricettore stesso di una nuova agglutinina, come nelle classiche esperienze di Ehrlich-Morgenroth sulle isolisine delle capre e in quelle di v. Dungern-Hirschfeld sulle isoagglutinine del cane.

Per la reazione di questo anticorpo immune neoformato su una nuova dose di antigene si determinano i fenomeni tossici nelle ulteriori trasfusioni. Guthrie e Huck molto legittimamente ritengono che questo agglutinogeno, indipendente dai gruppi finora noti, e dal quale possono derivare gli oscuri accidenti di singole trasfusioni, sia propriamente il terzo agglutinogeno C di cui essi hanno dimostrato la esistenza.

Dai lavori surriferiti, specialmente da quello di Guthrie e Huck, risultano chiaramente alcuni fatti importanti: 1) che esistono nell'uomo, oltre alle due coppie ben note, un terzo isoagglutinogeno e una terza isoagglutinina; 2) che non è lecito in un sangue dedurre la qualità dei globuli da quella del siero, o inversamente, poichè le agglutinine prevedibili secondo lo schema possono mancare. Ammessi questi due fatti, come si sistemeranno i gruppi di isoagglutinazione? Le combinazioni matematicamente possibili in base alla presenza o alla assenza di tre agglutinogeni e tre agglutinine sono 64. Tra queste Guthrie e Huck eliminano senz'altro tutte quelle che includono nello stesso sangue un agglutinogeno e la corrispondente agglutinina.

Potrà sorprendere che gli AA., i quali hanno con rigore logico elaborato il significato di ogni eccezione agli schemi correnti compiano siffatta eliminazione subito dopo aver descritto alcuni casi di autoagglutinazione! Difatti se fosse accertata la esistenza di una vera autoagglutinazione, qualunque delle possibili combinazioni matematiche sarebbe atta ad entrare nel novero delle concrete realtà.

È questo un punto ove il lavoro dei due AA. presenta qualche debolezza. Essi si sono infatti accorti di differenze tra la reazione di autoagglutinazione e quella di isoagglutinazione. Hanno notato che i sieri autoagglutinanti agglutinano anche senza specificità alcuna globuli di qualsiasi provenienza; che tale potere agglutinante scompare a 37° e si intensifica a 0°; che esso in un determinato sangue ora è presente, ora assente, malgrado la costanza delle isoagglutinine.

Essi hanno invece trascurato una delle prove più atte a dimostrare la sostanziale differenza tra le due reazioni: quella dell'assorbimento.

Per conto mio nelle indagini praticate in un caso conclamato di autoagglutinazione, ol-

tre ai caratteri ora indicati e ad alcuni altri, ho verificato che mancava in esso ogni assorbimento. L'autoagglutinazione avveniva senza alcuna fissazione di sostanze attive sopra i globuli. Nè so per ora spiegarmi i risultati opposti osservati da Clough e Richter (1) in un caso rimastomi allora ignoto, e in uno (emoglobinuria parossistica!) verbalmente segnalatomi da Mino.

Malgrado ripetute e molteplici prove non potei mettere in evidenza la esistenza di una «autoagglutinina» come anticorpo autonomo; e il potere autoagglutinante risultò non essere altro che la anormale intensificazione, travestita, del comune, per nulla specifico, potere emoimpilante di ogni siero umano. In qualunque modo è conclusione concorde che il potere autoagglutinante non ha specificità alcuna, ma si esercita su globuli qualunque.

In base alle mie osservazioni posso concordare con Guthrie e Huck nella eliminazione da essi fatta (senza peraltro dimostrarne la legittimità) dall'ambito delle possibilità biologiche di tutte le combinazioni matematicamente prevedibili che porterebbero a vera autoagglutinazione.

Restano dunque le combinazioni biologicamente compatibili dei tre agglutinogeni e delle tre agglutinine, che sono in numero di 27.

Se accettassimo senz'altro la conclusione finale di Guthrie e Huck che «solamente sangui con lo stesso contenuto di agglutinina-agglutinogeno appartengono allo stesso gruppo» dovremmo affermare che i gruppi sanguigni sono, o per meglio dire, possono essere, 27. La convinzione dei due AA. deriva manifestamente dall'avere attribuito pari importanza biologica all'agglutinogeno e all'agglutinina. Ora, per quello che attualmente sappiamo, ciò non è giustificato. Se fino ad ora per stabilire il gruppo si usava indifferentemente la determinazione dell'uno o dell'altra, causa ne era la credenza, ora dimostrata ingannevole che i risultati dovessero essere sempre univoci.

Ma per i motivi già sopra accennati, ben maggiore importanza ha l'agglutinogeno antigene cellulare, stabile, trasmesso ereditariamente, - che non l'agglutinina - anticorpo secondario, mutevole spontaneamente ed anche per interventi artificiali.

Al primo dobbiamo dunque far capo per la classificazione dei gruppi; e a questo scopo possiamo anche far nostra una considerazione formulata (con qualche contraddizione alla conclusione loro sopra citata) da Guthrie e Huck che: «qualunque sia la loro classificazione preliminare, sangui che dànno tra loro agglutinazione [s'intende vera agglutinazione con assorbimento] non appartengono allo stesso gruppo».

Ora solamente tra due sangui che abbiano uguali gli agglutinogeni non possono in alcun modo verificarsi reazioni; mentre la primitiva comunanza delle agglutinine non esclude affatto che insorgano reazioni dopo ripetute trasfusioni, come fu sopra ricordato.

Parmi dunque giustificato stabilire lo schema teorico dei gruppi, quali potremmo intenderli in base alle conoscenze attuali, esclusivamente considerando gli agglutinogeni. Le variazioni osservate, e quelle ancor più numerose prevedibili, nelle agglutinine hanno un valore, dirò così, gerarchicamente minore, e non possono costituire altro che la base di suddivisioni o sottogruppi. Ciò peraltro quando sia dimostrato che non si tratti di estreme variazioni quantitative, nè sopratutto di mutamenti contingenti e transitori.

Secondo queste direttive lo schema dei gruppi risulterebbe stabilito nel modo seguente:

(1) Per i rapporti tra autoagglutinazione e impilamento questi AA. annunziavano un ulteriore lavoro che non mi risulta fino ad ora pubblicato.

TABELLA IV.

Gruppi tradizionali (num. Jansky)	Nuovi gruppi (agglutinogeni).	Sottogruppi (agglutinine)							
	(1) O	1. Oαβγ	2. Oαβ	3. Oαγ	4. Oβγ	5. Oα	6. Oβ	7. Oγ	8 Oo
I	(2) C	1. Cαβ	2. Cα	3. Cβ	4. Co.				
	(3) A	1. Aβγ	2. Aβ	3. Aγ	4. Ao.				
II	(4) AC	1. ACβ	2. ACo.						
	(5) B	1. Bαγ	2. Bα	3. Bγ	4. Bo.				
III	(6) BC	1. BCα	2. BCo.						
	(7) AB	1. ABγ	2. ABo.						
IV	(8) ABC	1. ABCo							

(Le forme sottolineate furono effettivamente osservate).

I gruppi prevedibili sarebbero dunque in numero di otto. È facile vedere che si tratta dei quattro gruppi tradizionali, ognuno dei quali ha una sorta di duplicato con aggiunta dell'agglutinogeno C. Certamente, dal punto di vista teorico ognuno di questi otto gruppi ha la sua piena autonomia, e la medesima intrinseca importanza. Ma praticamente le cose vanno diversamente, in quanto le rispettive frequenze differiscono enormemente. Per intanto non è stata dimostrata la esistenza di alcun esemplare dei gruppi 6 (BC) e 8 (ABC). Nessun sangue del gruppo 2 (C) ha potuto essere trovato da Guthrie e Huck nei loro accurati studi su 200 persone (tra le quali ve ne erano ben 7 appartenenti al gruppo 7 (AB) di gran lunga il più raro dei quattro tradizionali). La sua reale esistenza è dimostrata più che altro da argomenti indiretti, come fu sopra esposto, e deve ad ogni modo essere rarissima.

Solamente il gruppo 4 (AC) risulterebbe avere una apprezzabile frequenza (1/3-1/4) in confronto col gruppo 3 (A).

È pertanto inevitabile che *nella pratica* i sangui contenenti l'agglutinogeno C vengano considerati come casi particolari di uno dei gruppi tradizionali. Gli stessi Guthrie e Huck, che hanno messo in rilievo la insufficienza della teoria dei quattro gruppi, continuano nel loro lungo lavoro ad usarne non solo la nomenclatura, ma financo i concetti sostanziali.

La procedura atta a mettere in evidenza le quattro combinazioni dell'agglutinogeno C è notevolmente complessa e si fonda più che altro sul fortunato reperto di un sangue che funga da idoneo reagente. Il fatto dunque che i quattro classici gruppi predominano enormente per frequenza, e sono di ben facile accertabilità fa sì che essi mantengano il loro posto preminentissimo nella classificazione individuale delle varie qualità di sangui.

Senza parlare quì di sottogruppi, il che urterebbe contro la costruzione teorica, si potrebbe, per questi rari casi che si differenziano dalla maggioranza, riprendere la nomenclatura di Unger, e distinguere un agglutinogeno principale, frequente, ed uno accessorio, molto più raro, od addirittura eccezionale. Devesi ricordare comunque che in seguito al lavoro di Guthrie e Huck, queste eccezioni non appaiono più, come avveniva prima, quali anomalie, poichè detti AA. ci hanno dato il filo conduttore che dovrà guidare alle ulteriori indagini di eventuale conferma, che essi stessi richiedono.

A parte il valore teorico di questi nuovi reperti, in cui potrebbe forse anche ritrovarsi la spiegazione di singole osservazioni divergenti riguardanti l'eredità dei gruppi sanguigni, ne derivano immediate applicazioni pratiche: circa alla trasfusione sanguigna, per la quale risulta doveroso perfezionare l'accertamento dell'individualità del donatore e del ricettore e per intanto non omettere le interreazioni dirette fra i due sangui; circa alla diagnosi medico-legale individuale delle macchie di sangue ove viene indicata la via per ulteriori differenziazioni entro l'ambito dei quattro tradizionali gruppi sanguigni. Fin da ora poi siamo ammoniti ad evitare di trarre deduzioni dal solo raffronto tra le isoagglutinine contenute nelle macchie e gli agglutinogeni dei globuli rossi tratti dagli individui sospetti. Questo raffronto, cui di solito ci si limitava, va opportunamente completato mediante l'esame degli agglutinogeni della macchia (secondo la procedura ultimamente studiata nel mio Istituto) e quello del siero degli individui sospetti.

Mi limito per ora a questo cenno, relativo alle ripercussioni pratiche delle indagini sopra discusse, poichè intendo svilupparne ulteriormente lo studio.

(*Tutte quante le indicazioni bibliografiche son comprese nella mia recente Monografia su «La individualità del sangue». Ed. Principato, Messina*, 1923).

RIVENDICAZIONI.

Iniezioni endovenose di urotropina nei processi infiammatori delle vie urinarie.

(A proposito di un articolo del dott. Belloni pubblicato nel n. 47 del 1923)

Nell'articolo suddetto è trascurato completamente il contributo che, anteriormente all'ottimo lavoro di Romani e Bosmin, ha portato sull'argomento la Scuola Chirurgica di Roma:

la comunicazione del prof. Alessandri, in tema di discussione della Relazione, allo stesso 1° Congresso della Società Italiana di Urologia (ottobre 1922);

il pregevole lavoro di Jura;

la mia nota in cui, primo in Italia, descrivevo dettagliatamente le modalità di preparazione del farmaco e il metodo di eseguire la cura, dando conto degli studi preliminari intrapresi a Berlino sotto la guida del prof. Casper e continuati poi nella R. Clinica Chirurgica di Roma, d'onde fu licenziato il lavoro completo.

Tutte pubblicazioni comparse sul «Policlinico».

Roma, li 22 novembre 1923.

Dott. AUGUSTO CASSUTO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Su cinque casi di neoplasma mammario dell'uomo

pel dott. ENRICO BUSSA LAY (già aiuto all'Ospedale Civile di Venezia), chirurgo primario nell'Ospedale Regina Elena d'Asmara.

La vasta bibliografia che unisco in fondo al lavoro attesta quanto copiosa sia la messe di osservazioni sull'argomento. Solo a scopo di contributo mi decido a dare alle stampe la presente nota che riguarda, specialmente, cinque casi di neoplasma mammario dell'uomo da me osservati durante la mia permanenza all'Ospedale Civile di Venezia.

Ed anzitutto qualche cenno storico.

Il Morgagni (1668-1771) fu, se mal non m'appongo a descrivere, per primo, due casi di carcinoma mammario dell'uomo; la prima monografia nel vero senso della parola è dovuta a Ledrau.

Nel 1787 Dussansoy e Sedillot riferirono su due casi di carcinomi della mammella dell'uomo.

Si occuparono in seguito, dell'argomento:

Lifranc, Cruveiller, Lebert, Astley, Cooper, Deguise, Vidal de Cassis i quali illustrarono il carcinoma della mammella maschile nelle sue varie forme.

Nel 1853 Velpeau pubblicò 14 casi di cancro mammario nel sesso maschile. Schuchardt riferisce, in seguito, su un caso di carcinoma della mammella maschile quattro volte recidivo. Hoffmann, Strumpf, Birkett, Andersen, Tissot, Scurati, Schulten, Billroth, Diettric, Troc, Löevental, Rapoc, Poulsen trattarono con competenza l'argomento. Si occuparono ancora più estesamente di questo: Horteloup, Chenet, Laudry, Poirier, Courtade, Fulbert, Delacoure, Seugenèse, Williams, Laforgue, Picot, Beurnier, Lavenus, Ceci, Dupuy de Frénélle, Guegan, Prat, Cornier et Campenon, Roncali, Iakowlef, Ponitau, Flurian, Betag, Gèlle, Peyer, Keyser, Albertin, Prothou, Ioungano, Balloch, Gangitano, Gelati, Selley, Plummer, Gibson, Davidstron, Franco, De Craene, Feliziani, Palermo, Palumbo, Zoni, Quarta, Melli, Speese, Marangoni.

Orbene, se dopo un tributo di osservazioni così largo si sono estese le cognizioni circa l'istologia e la frequenza, in rapporto ai tumori mammarii del seno femminile, certe questioni etiologiche e patogenetiche rimangono ancora insolute.

Vediamo, anzitutto, i rapporti di frequenza tra carcinoma del sesso maschile e del sesso femminile.

La frequenza del carcinoma della mammella dell'uomo rispetto a quello della donna va in media dell'1 al 3 %. Il Lowental denunzia una percentuale dell'8 %. Fouchon su 9118 casi di carcinomi della mammella raccolti tra il 1830 ed il 1840 nota soltanto 5 casi per l'uomo. L'istessa proporzione è rilevata dal Marsden. Guret su 1440 epiteliomi del seno raccolti fra il 1855 ed il 1873 conta 8 casi nell'uomo. John Chiene su 247 casi 2 nel seno maschile; Winiwarter su 173 casi 3; Neury su 200 casi 4; Iakowleff su 165 casi 7; Lo Schulten su 53 carcinomi della donna ne registra 2 dell'uomo (3.7 %); il Billroth raggiunge la percentuale del 2.82 %; lo Schmidt l'1.3 %; il Dieltrich il 2.8 %; il Troc 0,80 %; il Rappok il 3 %; il Durante il 2 %; il Poulsen l'1.9 %.

Su 320 casi carcinoma della donna (dal 1900 al 1920) si sono verificati nella Div. Chir. III dell'Ospedale Civile di Venezia 5 casi di neoplasmi dell'uomo, cioè, il rapporto dell'1.2 %.

La frequenza limitata del carcinoma mammario nell'uomo rispetto alla donna è senza dubbio da collegare coll'arresto di sviluppo che subisce la ghiandola mammaria nel maschio e nella mancanza di funzionalità sua.

Circa l'etiologia le nostre conoscenze non vanno oltre quelle delle cause predisponenti. Si è invocato lo stimolo meccanico come causa dello sviluppo del carcinoma maschile, come può verificarsi nei calzolai, negli zoccolai, nei tessitori. Secondo il Borst la percentuale dei tumori riferibili a trauma va dal 2.5 % al 2.6 %, a 2.7 % al 4.8 %. Secondo il Kempf, il Wurta, il Machal, il Rupf si arriva fino al 19 % e secondo Rapok e Loewental al 44.6 %.

Altro elemento causale accampato è lo stimolo infiammatorio: un processo infiammatorio cronico è il terreno propizio per lo sviluppo di una neplasia maligna ma questo rapporto è tutt'altro che costante. Altro elemento etiologico: la *ginecomastia* od ingrossamento anormale della mammella maschile secondario o primitivo a seconda che ha o no rapporto con un'anomalia degli organi genitali. Essa sarebbe un vero fibroma diffuso della mammella più che una semplice ipertrofia a cui farebbero capo certe mammelle maschili le quali non subiscono l'evoluzione normale: l'atrofia. Da questa somiglianza della mammella maschile a quella femminile la maggior recettività ai processi morbosi.

Un nuovo elemento entrato in ballo è la *polimastia*.

Secondo il Bruce la frequenza del carcinoma nell'uomo affetto da polimastia è del 9 %, mentre nella donna del 4 %.

Non è da dimenticare, tra le cause invocate, lo stimolo genitale riflesso per giustificare l'insorgenza dei tumori nella mammella maschile.

Il Lannelongue, il Girard, lo Charcot, il Lereboullet, il Martire ed altri osservarono casi di ginecomastia in individui che prima avevano sofferto di traumi testicolari o nei quali era stata precedentemente praticata l'orchiectomia. Da qui l'azione dello stimolo riflesso, ma se così fosse non dovrebbero verificarsi tumori mammari negli uomini ad apparato genitale integro ciò che dai fatti è smentito, in quanto tumori mammari si sviluppano in individui i cui organi genitali sono normali. Altre cause che entrano in ballo sono l'ereditarietà, le intossicazioni endogene, od esogene, le malattie costituzionali, le malettie intercorrenti, l'età.

Tutte queste cause avrebbero il valore di cause occasionali sia che si accetti la teoria embriologica sia la biologica sullo sviluppo dei tumori.

Quanto al decorso, dalle osservazioni di Albertin, Prothou, Picot risulterebbe che esso è relativamente, più lento e benigno che nella donna. Ma contro questa affermazione sta il caso illustrato dal Betag di un individuo che muore pochi mesi dopo l'estirpazione di un carcinoma con metastasi cancerose multiple del sistema osseo; contro di essa sta anche una delle mie osservazioni.

Circa la struttura istologica tutte le diverse forme istologiche di carcinomi sono state osservate: la forma scirrosa e disseminata; l'alveolare, la tubercolare (Ternet), la papillare (Cornil, Marie, Boccialli). Secondo il Laforgue è più frequente la forma scirrosa donde forse la maggior apparente benignità del carcinoma maschile del seno.

Come da tutti gli autori è generalmente ammesso la terapia non può essere che chirurgica e per tutto affatto eguale a quella del carcinoma del seno femminile.

Si può discutere se la terapia chirurgica debba essere associata alla radioterapia.

OSSERVAZIONI PERSONALI. — La prima osservazione riguarda C. G. di anni 56 contadino da Grisolera ricoverato all'Ospedale il 30 gennaio 1902. Anamnesi ereditaria e personale rimota negative. Il p. faceva risalire ad un anno e mezzo addietro l'origine dell'infermità la quale all'inizio rivestiva la forma di un piccolo nodulo della grandezza d'un cece, mobile, indolente, di consistenza dura. Essa insorse, a detta del paziente, dopo un urto accidentale alla regione mammaria sinistra. Mentre conduceva, a mano, un bue, nell'agosto 1901, fu lanciato da questo contro uno steccato urtando su di esso col petto. Il trauma fu accompagnato da tumefazione, dolori trafiittivi, che in breve si dissiparono e si rese manifesto il nodulo che andò rapidamente crescendo di volume mentre sul capezzolo e sull'areola apparivano delle vescicole che si rompevano facilmente mettendo in libertà del liquido sieroso e dando luogo a soluzoni di continuo superficiali. Poco dopo s'accorgeva della comparsa nel cavo ascellare del lato corrispondente di alcune tumefazioni sottocutanee, mobili, indolenti, simili per grandezza a nocciuole. Fu curato con palliativi senza risultato e poi sospettata una forma neoplastica maligna inviato all'Ospedale.

Esame obbiettivo. — Ghiandola mammaria, di sinistra, di volume superiore di 1/4 di quella di destra che era normale. Appiattimento del capezzolo in corrispondenza del quale si notava una soluzione di continuo discoidale del diametro di 2 cm. a margini lividi, irregolari, appena rialzati, con fondo duro necrotico rivestito di secrezione icorosa. All'intorno di essa un alone arrossato che si perdeva insensibilmente in mezzo ad una rada rete venosa sottocutanea. La mammella di sinistra ad un'appropriata palpazione risultava racchiudere una intumescenza duro fibrosa grande quanto una castagna a superficie ricoperta da piccoli bernoccoli, spostabile in massa colla mammella.

Tale spostabilità diminuiva facendo contrarre il gran pettorale. Nel cavo ascellare si percepiva la presenza di piccole tumefazioni del volume di un cece a quello di un'avellana consistenti, rotondeggianti, irregolari, spostabili nel cellulare indolenti. Normali i movimenti dell'arto superiore sinistro. Negativi i vari esami degli organi interni. Nessun segno di deperimento.

Apiretico. Esame orine: albumina traccie minutissime. Urea gr. 18.5.

Operazione 1° febbraio 1902. — Narcosi cloroformica. Amputazione della mammella sinistra. Svuotamento cavo ascellare e delle fosse limitrofe. Drenaggio tubulare. Sutura parziale. Medicazione.

Decorso post-operativo. — Soddisfacente cicatrizzazione per prima intenzione.

Esame macroscopico del pezzo asportato. — Forma rotondeggiante a contorni irregolari non bene definiti. La superficie di sezione ottenuta con un taglio condotto perpendicolarmente attraverso alla regione del capezzolo si mostra di un colorito grigio, solcata da tramezzi di colorito biancastro, a decorso tortuoso, i quali partendo dalla periferia del tumore vanno ad approfondirsi e ad incrociarsi nelle parti centrali. Alla periferia abbondante grasso paramammario. Il pacco ghiandolare asportato del cavo ascellare si mostra costituito da gangli notevolmente ingrossati di color biancastro, di aspetto neoplastico. I pezzi asportati vengono fissati in liquido di Zenker. Segue l'inclusione in paraffina poi sezione e colorazione di questa con i metodi comuni.

Esame istologico. — Il tumore appare costituito da uno stroma fibroso consistente e da zaffi cellulari stipati fittamente dentro le maglie di quello. Gli elementi cellulari accennano ad un discreto polimorfismo ma ri-

cordano tutti un'originaria forma cilindrica. I diversi elementi sono poi raggruppati vuoi in forma di grossi nidi atipici vuoi in forma di tubuli, tali da raffigurare per quanto atipicamente l'elemento ghiandolare e cioè un lume rivestito da elementi irregolarmente stratificati e penetranti disordinatamente nell'interno. Propaggini neoplastiche si diramano eccentricamente invadendo i tegumenti che come si è detto presentano una soluzione di continuo. Nei gangli asportati evidenti metastasi cancerigne.

Diagnosi microscopica. — Adeno carcinoma della mammella con metastasi delle ghiandole linfatiche-ascellari.

La seconda osservazione riguarda Bonise Francesco, di a. 65, da Venezia, entrato nel Riparto il 21 dicembre 1903.

Gentilizio libero. Mai malattie in passato. Non lues nè altre affezioni veneree. La malattia che lo ha condotto all'ospedale si è iniziata 6 mesi prima e si è sviluppata insensibilmente dando pochissime molestie al paziente.

All'atto dell'ingresso la mammella sinistra si presenta aumentata di volume e deformata da una massa neoplastica a limiti indefiniti, del volume approssimativo e della forma di una mela, di consistenza duro-fibrosa non spostabile che in massa colla ghiandola, mentre parzialmente colla contrazione del gran pettorale. I tegumenti mentre in tutta l'estensione della tumefazione sono normali, presentano sul margine esterno dell'areola una soluzione di continuo della grandezza di una moneta da 10 centesimi. In questo punto tumefazione e tegumenti si fondono in un tutto unico ed il tumore sporge lasciando scorgere una superficie irregolare a margini anfrattuosi ricoperta da una crosta ematica. Dalla mammella si partono dei filoni fibrosi che risalgono verso l'ascella, la fossa precucullare e quella sotto pettorale, dove palpansi delle tumefazioni di grandezza varia da quella di un pisello ad una noce avellana, poco mobili, indolenti, duro fibrose.

L'esame degli organi toracici e di quelli addominali non rivela alcunchè di notevole patologicamente. Esame orine negativo.

Il paziente venne operato il 23 dicembre 1903 sotto l'anestesia cloroformica di amputazione della mammella sinistra, di svuotamento del cavo ascellare e delle fosse precucullare e sotto pettorali. Fu applicato un drenaggio tubulare. Praticata una sutura parziale. Medicatura.

Decorso post-operatorio regolare. Cicatrizzazione per prima intenzione.

Esame macroscopico della mammella asportata. — La superficie di sezione di colorito bianco roseo, a struttura areolare lascia uscire dalle areole, sotto una certa pressione, un succo lattescente e discretamente abbondante. La vascolarizzazione della massa si presenta modica ed è costituita da vasellini finissimi. In diversi punti assai circoscritti la superficie di sezione presenta piccolissimi nodi di colorito gialliccio con accenno alla degenerazione.

L'*esame istologico* dimostra che il tumore è costituito da zaffi di elementi cellulari di carattere epiteliale con piccoli accumuli di cellule plasmatiche avvolti nelle maglie di un connettivo fascicolato a disposizione alveolare. Gli elementi epiteliali non sono voluminosi, hanno forma irregolare ma spesso cubica o cilindrica. Essi hanno un nucleo voluminoso, protoplasma non molto abbondante, ben colorabile, senza tendenza in alcun punto alla cornificazione, nè a stratificazione nei nidi cellulari.

Dalla profondità della massa neoplastica si vedono propaggini epiteliali invadere gli strati profondi della cute e sostituirli. La metastasi di elementi cancerigni si riconosce con sicurezza nei seni linfatici di parecchi dei gangli e dei filoni asportati colla mammella. Come fenomeno di forte reazione all'incipiente metastasi neoplastica si nota nei gangli un'infiltrazione parvicellulare, congestione dei vasi propri e del tessuto connettivo circostante.

In conclusione si tratta di un carcinoma alveolare con grossi isolotti epiteliali sviluppati tra le travate connettivali.

La terza osservazione riguarda Grilli Giovanni, anni 54 da Venezia, entrato nel Riparto il 6 luglio 1904.

Niente di interessante dal lato anamnestico di famigliare e di personale. Mai lue. L'affezione risaliva a quattro mesi prima nel qual tempo la mammella sinistra diventava, senza causa apprezzabile, sede di una intumescenza che, dapprima, della grandezza di una noce avellana andava via via assumendo le proporzioni di una noce.

Detta tumefazione che deformava la mammella nei quadranti esterni di sinistra, a partire dal capezzolo, aveva una consistenza duro fibrosa, era poco dolente, a limiti indefiniti. Era ricoperta da tegumenti normali non sollevabili, assottigliati, in prossimità dell'areola dove tradivano una zona fluttuante. Colla spremitura del capezzolo fuoriusciva qualche goccia di sierosità sanguinolenta. Ingorghi ghiandolari ascellari di volume vario da quello di un pisello ad una noce avellana, di consistenza duro fibrosa, dotati di mobilità, indolenti.

Il paziente presentava segni di deperimento. Accusava qualche trafittura alla regione mammaria sinistra. Mai alterazioni termiche del normale. Esame organi toracici ed addominali negativo. Nessun elemento patologico all'esame delle orine.

Il paziente *venne operato* il 10-7-1904, sotto la narcosi cloroformica, di amputazione del seno sinistro, di svuotamento del cavo ascellare e delle fosse adiacenti. Fu applicato un drenaggio tubulare.

Praticata la sutura parziale. Medicato.

Decorso post-operatorio buono. Cicatrizzazione per primam. Il paz. fu messo in uscita il 19-7-1904.

Esame macroscopico del pezzo asportato. La superficie di taglio del tumore asportato lascia vedere la struttura cistica della zona periareolare con un contenuto siero sanguinolento; da questa zona si irradia una massa di aspetto bianco giallastro, omogeneo, che da una parte confina cogli strati più profondi della cute e dall'altra si perde nel corpo dell'organo.

All'*esame microscopico* cute e connettivo sottocutaneo si presentavano normali salvo un leggero ispessimento di quest'ultimo.

La cavità periareolare sopra descritta si presentava rivestita da epitelio cubico, in alcuni punti, a più strati. La massa bianco giallastra mostravasi costituita da papille rivestite da epitelio a più strati, irregolarmente cubico, disseminato disordinatamente in uno stroma connettivale assai esile.

In qualche punto l'aspetto papillare era meno manifesto e si notavano invece rari ammassi epiteliali in mezzo ad un connettivo più abbondante. Qua e là notavansi emorragie di una cera importanza. Dall'esame delle sezioni dei gangli era evidente la metastasi neoplastica.

Diagnosi microscopica. — Cisti carcinoma papillare della mammella sinistra con metastasi ghiandolari ascellari.

La quarta osservazione si riferisce a Molin Emilio, da Venezia, di anni 59, impiegato. Ricoverato nel Riparto il 20 luglio 1920.

Genitori morti in età avanzata per malattie imprecisabili. Una sorella morì per broncoalveolite. Coniugato; mai figli. Consorte sana. Mai lue od altre affezioni veneree. Mai malattie di qualche importanza in passato. L'attuale malattia, secondo il paziente, si è iniziata con forti dolori sulla XI costa di sinistra, dolore che in seguito si diffuse al costato ed alla mammella sinistra. Questo diventò poco per volta turgida in modo da assumere un volume doppio di quella di destra. Dolore, turgore per quanto non accompagnati da febbre indussero il sanitario a fare diagnosi in primo tempo di mastite e poi di osteo periostite costale di natura granulo fungosa. In base alla diagnosi fu istituita una cura arsenicale generale ed iodica locale sostenute da alimentazione corroborante. Ma nessun giovamento seguì a queste cure. Il male continuò a progredire finchè il paziente riparò all'ospedale.

Esame obbiettivo. — T. 36.9, P. 80. Soggetto aitante. Masse muscolari poderose. Notevole stratificazione del pannicolo adiposo. Ingorghi ghiandolari ascellari con ghiandole di varia grandezza da quello d'un pisello a quella d'una mandorla scaglionata su un cordoncino duro dolente rigido che si parte dal contesto della ghiandola mammaria di sinistra. La mammella di sinistra è grossa come un pugno di adulto ed è quasi tre volte più grossa dell'omonima di destra. Notevole raggrinzamento e retrazione del capezzolo da cui non geme alcuna secrezione anche colla spremitura più accurata. Dal capezzolo si partono dei tralci fibrosi che fanno capo al centro della mammella dove si percepisce colla palpazione una tumefazione duro fibrosa che occupa tutta la ghiandola. Questa non si lascia spostare per aderenze contratte coi tegumenti e coll'aponevrosi del gran pettorale quando si faccia contrarre questo muscolo.

La mammella è sede di dolori lancinanti che appaiono di quando in quando accompagnandosi con irradiazioni al costato sinistro.

Esame cardiovascolare e polmonare negativo.

All'addome niente di notevole: fegato, milza nei limiti. Esame orine negativo. Funzioni intestinali integre. Siero diagnosi del Wassermann negativa. Cutireazione (Won Pirquet) negativa.

In base a diagnosi di carcinoma della mammella il paziente fu operato il 27/7 sotto anestesia eteromorfinica, disinf. iodica, di amputazione della mammella sinistra con svuotamento del cavo ascellare e delle fosse sottopettorale e precucullare. Fu applicato il drenaggio tubulare e la sutura parziale. Medicatura.

Decorso post-operatorio normale. Cicatrizzazione per primam. Il paziente fu dimesso il 4-8-1920, cicatrizzato ed in ottime condizioni generali.

Esame istologico del pezzo asportato. Il tumore della mammella è istologicamente un adenocarcinoma con formazioni tubulari ad epitelio prismatico alternati a grossi zaffi cellulari senza orientazione. Come tale il tumore si è reso metastatico nelle ghiandole ascellari in seno alle quali il carattere dell'adenoma prevale su quello del cancro. Gli elementi in cariocinesi sono piuttosto rari; lo stroma del neoplasma è delicato, fibrillare, povero di vasi qua e là in preda a sclerosi.

Diagnosi microscopica. — Carcinoma tubulare con grossi tralci cellulari interposti tra i fasci connettivali; metastasi dei gangli ascellari.

Il Molin che era stato dimesso apparentemente guarito rientra nel Riparto il 18 dicembre 1920 molto sofferente. Al dorso (regione costale posteriore di sinistra) si osserva una rilevatezza che occupa la porzione sottoscapolare. Colla palpazione si sente una intumescenza dura a piastrone, estesa, del diametro di cm. 10×10 circa che occupa la zona delle ultime quattro coste da tre dita all'esterno della linea mediana alla linea angolo scapolare. Tale intumescenza è aderente ai tessuti profondi, non spostabile, a contorni non ben delimitati, non è affatto elastica ma resistente e poco dolente. La cute che la ricopre è tesa, essa pure, aderente e non spostabile sul piastrone duro sottostante nè presenta alcun carattere di flogosi.

Il paziente è pallido, emaciato, dispnoico e tormentato da tosse stizzosa. Apriretico. Polso molto frequente (90 P.). Toni cardiaci fiacchi. All'esame toracico note di enfisema polmonare. Ottusità alla base dell'emitorace sinistro dove percepiscesi qualche rantolo a medie bolle. All'addome niente di notevole: fegato e milza nei limiti.

Il paziente viene sottoposto ad iniezioni di zimocuprolo, di metilarsinato sodico ed a rare sedute di radioterapia.

Non si riesce ad ostacolare l'andamento progressivo e rapido del male che termina con dispnea sempre più intensa, adinamia, dolori laminanti al costale sinistro ed insomma coi sintomi d'una profonda cachessia. (Il paziente muore il 27 febbraio 1921).

Diagnosi clinica. — Adenocarcinoma recidivo con focolai multipli al torace. Enfisema polmonare.

L'*autopsia* non fu eseguita per opposizione della famiglia.

La quinta osservazione riguarda Vanin Federico da Mestre, Calderaio, di anni 64. Ricoverato nel Riparto il 6 luglio 1921. Ereditarietà e precedenti individuali negativi. Circa due mesi prima di entrare all'Ospedale cominciò ad avvertire delle trafitture al capezzolo sinistro mentre la mammella sudava progressivamente aumentando di volume. Non ebbe mai febbre, nè diminuì di peso. Nessuna depressione di forze.

Esame obbiettivo. — La mammella sinistra è turgida e di volume triflo di quella di destra. Non v'è retrazione del capezzolo che colla pressione dalla ghiandola rimane asciutto. All'aspetto esteriore la cute è normale. Alla palpazione della mammella si rileva una intumescenza che comprende tutta l'areola in superficie ed un raggio di circa 3 cm. in profondità. Detta tumefazione è aderente alla cute ma è spostabile sugli strati sottostanti; è di consistenza duro-fibrosa ed i suoi contorni spumano insensibilmente nella ghiandola; è dolente ed ha la grandezza d'una noce circa Nel cavo ascellare si palpa qualche ghiandola mobile, elastica, indolente.

L'esame degli organi interni risulta negativo. Esame delle orine negativo. Siero diagnosi del Wassermann negativo. Cutireazione alla Won Pirquet negativa.

Posta la diagnosi di adenofibroma della mammella il paziente veniva operato il 7 luglio 1921 coll'anestesia locale novocainica (0.75 % di soluzione fisiologica) di amputazione del seno sinistro; svuotamento del cavo ascellare e delle fosse limitrofe. Fu applicato un drenaggio tubulare. Sutura parziale. Medicatura.

Decorso post-operatorio normale. Il paziente veniva dimesso guarito il 21 luglio 1921.

Esame istologico del pezzo asportato. — L'esame del nodulo mammario presenta tubuli rotondeggianti, ovalari od a contorno inugolare spesso policiclico ed uno stroma connettivale fibroso abbastanza ricco di cellule senza traccia di elementi di infiltrazione infiammatoria. Nel connettivo fibroso si insinuano zolle adipose ed il nodulo stesso è avviluppato da tessuto adiposo. I tubuli sono qua e là riuniti a gruppi piuttosto che distribuiti uniformemente ed ogni gruppo è sostenuto da connettivo disposto in guisa da individualizzare, nella massa, altrettanti lobuli quanti sono i gruppi tubulari. Ogni tubulo è rivestito da doppio od unico strato di epitelio prismatico in generale mal conservato spesso sfaldato. Il lume tubulare è generalmente vuoto con scarsi resti cellulari.

Talora, vicino ai grandi tubuli ne esistono di minori come filiazione.

Gli elementi linfatici più indiziati del cavo ascellare non mostrano alcun segno di trapianto metastatico di questo *adenofibroma mammario.*

CONCLUSIONI.

Per quanto la diagnostica sia, sotto certi punti di vista, progredita, accade, di quando in quando, vedere mastiti croniche di aspetto decisamente neoplastico anche per l'associazione di ingorghi ghiandolari ascellari prestarsi alla confusione col carcinoma e viceversa. Ho l'esperienza di due casi di mastite cronica nella donna in cui la diagnosi di processo flogistico non venne accertato che dall'esame istologico tanto l'esame clinico e quello anatomico macroscopico erano stati fallaci. Il fatto è accaduto nella patologia del seno muliebre dove il carcinoma della mammella è più frequente ed a maggior ragione potrebbe verificarsi nell'uomo nel quale vi sono meno motivi per sospettarlo. Anche nei cinque casi da me testè riferiti in qualche momento si è tentennato sulla diagnosi che poi è risultata esatta col controllo microscopico.

D'altronde la patologia chirurgica ha dimostrato che certi processi infiammatori cronici della mammella (mastite sclero-cistica di Reclus) non sono altro che una fase di transizione che può condurre ad un neoplasia maligna e se può tollerarsi che un organo diventato sede di lunghe sofferenze venga asportato anche non essendo colpito da vera e propria neoplasia non potrà perdonarsi che un processo neoplastico venga trascurato sotto il pretesto che si sospetti in esso un processo flogistico cronico.

Circa la diagnosi dei nostri casi, se l'osservazione diretta degli elementi neoplastici non fosse stata sufficiente, si poteva accertarla colla diagnostica differenziale.

Così poteva facilmente escludersi la mastite cronica per la mancanza in essa di prolungamenti connettivali irradiantisi dal capezzolo ed insinuantisi nella ghiandola caratteristici del cancro. Le aderenze della cute, inoltre, nella mastite sono in superficie mentre nel cancro, ad ombelicatura.

La tubercolosi è forma rara nell'uomo, ha un decorso lento e tende alla suppurazione.

L'adenofibroma ha caratteri clinici netti per quanto sia considerato come uno strato transitorio di neoformazione evolvente o verso il tipo epiteliale o verso il tipo connettivo.

Nell'adenosarcoma mancano le metastasi ghiandolari, evvi un reticolo venoso più manifesto ed inoltre abbiamo elementi neoplastici istologici tipici. Tipico è anche il modo di propagazione. Perchè un sarcoma si trapianti per via linfatica è necessaria un'ulcerazione o che sia l'esito d'una recidiva che abbia contratto rapporti intimi coi vasi linfatici.

Circa l'insorgenza in qualcuno dei nostri casi si può supporre che la neoplasia abbia avuto come base un processo flogistico (4° caso) od un traumatismo (1° caso). Negli altri casi la causa ci sfugge. Ad ogni modo allo stato delle attuali cognizioni scientifiche lo stimolo è una causa occasionale, un coefficien-

te al quale non può attribuirsi il valore di momento etiologico.

Circa il decorso esso si è mostrato lento, in tutti i casi, eccetto nel 3° caso (carcinoma papillare) e nel 4° (carcinoma recidivo con metastasi polmonari ad esito letale). Nei primi tre casi e nel 5° possiamo escludere assolutamente la recidiva dopo l'ablazione generosa con tecnica che non differisce da quello praticato nella donna.

BIBLIOGRAFIA.

ANDERSEN. *Carcinoma della mammella dell'uomo recidivato 3 volte*. Gazz. Osp. e Clin., 1888, pag. 125.

ALBERTIN-PROTHOU. *Du cancer du sein chez l'homme*. Thèses de Lyon, 1898.

AGNIEL. *Contribution a l'étude des tumeurs de lobes aberrantes de la mammelle*. Thèse de Lyon, 1902.

ARCOLEO. *Su di un fibrodenoma in mammella maschile*. Gazz. Siciliana di Med. e Chir., aprile 1908.

AIGLAVE. *Cancer du sein chez l'homme*. Soc. Anat. de Paris, 7 feb. 1908.

ASTORI. *Sopra un caso di anecarcinoma mammario nell'uomo*. Riv. Veneta di Scienze Med., 1902.

BONZANI. *Fibroadenoma della mammellà maschile*. Rif. Med., n. 7, 1909.

BUSCH. *Hypertrophie de la glande mammaire gauste chez un homme*. Rouss Chirour. arch., XXI-I.

BERGMANN. *Lesioni che precedono e dispongono al carcinoma*. Berlin Klin. Woch., n. 30, 1905, e Clin. Chirurg., n. 10, 1905.

BETAGH. *Contributo allo studio dei tumori maligni del seno dell'uomo*. Poliniclinico, Sez. Chirur., 20 aprile 1901.

BARBANI. *I tumori*. Vallardi, 1915.

BERNACCHI. *Contributi alla casistica della neoformazioni della mammella maschile*. Atti Ass. med. lombarda, Milano, 1893.

BECLÈRE. *Neoplasmi recidivanti del seno guarito in 4 mesi con la radioterapia*.

BANKS. *Le operazioni praticate per cancro della mammella*. Britsh med. Journal, n. 21-40, genn. 1902.

CAUBET. *L'hypertrophie mammaire de la puberté*. Arch. de méd. des enfants, XIV, n. 3, marzo 1911.

CAZIN. *Des origines et de modes de trasmission du cancer*. Thèse de Paris, 1894.

CAVAZZANI. *Contributo allo studio delle neoformazioni della mammella maschile*. Rifor. Med., vol. I, 1893, pag. 444.

CUI. *Carcinoma recidivo della regione mammaria e delle ghiandole ascellari (uomo)*. Rif. medica, 1896, n. 68, p. 127.

CLEBERET. *Kyste bourgeonant du sein chez un homme*. Soc. Anat., marzo 1906.

CORNIL. *Traitement su cancer du sein par les rayons X et la quinine*. Sénz. méd., pag. 918, 1903.

DAVIDOFF. *Du sarcome du sein*. Thèse de Montpellier, nov. 1910.

DELACOME. *Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme*. Thèse de Paris, 1894.

DE QUERVAIN. *Sur la maladie Kystique du sein et sa dégénérexence maligne*. XXVII Cong. Soc. Tedesca di chir., Berlino, aprile 1908.

DE CRAENE. *Cancer des deux seins chez l'homme*. Journ. méd. de Bruxelles, n. 30, luglio 1912.

DIEDOFF. *Un de tumeur de la glande mammaire chez l'homme*. Chir., t. XXVI, n. 153, novembre 1909.

ETIEVANT. *Les mastites chez l'homme*. Provinc. Méd., Lyon, 1896.

FLURION. *Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme*. Thèse de Bordeaux, luglio 1910.

FRAMO. *Tumori delle mammelle maschili*. Clin. chir., n. 11, novembre 1911.

FELIZIANI. *Sopra un caso di adenocarcinoma mammario nell'uomo*. Soc. lancisiana degli Osp. di Roma, novembre 1907.

FAVRE et REGAND. *Sulla patologia della mammella dell'uomo con speciali considerazioni sui tumori*. Deut. Zeits. für chirurgie, Bd. LXXXIV, H 1-3.

GALLÉ. *Sur un cas de cancer du sein chez l'homme*. Echò méd. du Nord, 22 giugno 1902.

GUEGAN. *Des tumeurs du sein chez l'homme*. Thèse de Bordeaux, 1903.

GANGITANO. *Osservazioni istologiche e cliniche sopra un tumore della mammella maschile*. Riforma medica, vol. IV, 1895, pag. 238.

GELATI. *Sopra un caso di adenocarcinoma mammario nell'uomo*. Clin. chir., n. 4, 1904.

GIBSON. *Cancer du sein chez l'homme*. Soc. de chir. de New. York, 8 aprile 1908.

GRIFFIN. *Tumeurs du sein chez l'homme avec relatiera di un cas peu habituel*. Soc. méd. de Iohns Hopkins, 5 aprile 1900.

GILLETTE. *Tumeurs du sein chez l'homme*. Bull. et Mém. de la Soc. de chir. del Paris, 1885.

HAUSI. *Carcinomi della mammella maschile*. Wiener med. Woch., n. 7, 1899.

HORTELOUP. *Le tumeurs du sein chez l'homme*, Paris, 1872.

HANGLTON. *Carcinome du sein chez l'homme enlevé suivant la méthode de Halsted*. Acc. royale de méd. d'Irlande, 19 marzo 1909.

JANNEY. *Cancer du sein chez l'homme (résultats opératoires)*. Thèse de Montpellier, 1905.

LANDRY. *Du cancer du sein chez l'homme*. Thèse de Paris, 1883.

LAFORGUE. *Du cancer du sein chez l'homme*. Thèse de Lyon, 1898.

MARANGONI. *Patologia e terapia chirurgica dei neoplasmi delle ghiandole mammarie*. Padova, F.lli Dluker Ed.

MANTÉ-COSTANTIN-DANIEL. *Mixome du sein chez l'homme*. Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris Luglio 1904.

MARTIN-DELORE. *Tumeur maligne du sein chez l'homme*. Paris Chirurgical, t. III, n. 9, 1911.

MICHELI. *Un caso di cilindroma della mammella di uomo*. Lo sperimental, 1892.

MELLI. *Contributo allo studio dei tumori della mammella maschile*. Riv. Veneta Scienze mediche, n. 8, aprile 1911.

NATALUCCI. *Su di una neoplasia della mammella maschile.* Bull. dell'Osp. di Loreto, 1887.

PORTAN. *Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme.* Thèse de Bordeaux, novembre 1911.

PEYER. *Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme.* Thèse de Génève, 1904.

POIRIER. *Contribution à l'étude des tumeurs du sein chex l'homme.* Thèse de Paris, 1883.

PUTZU. *Un caso di sarcoma della mammella nell'uomo.* Clinica chirurgica, XXIII, n. 5, maggio 1910.

ID. *Sopra un caso di sarcoma della mammella maschile.* Rif. med., n. 50, 1912.

PALERMO. *Tumori della mammella maschile.* Clin. Chir., marzo 1908.

PALUMBO. *Su di un caso di adenocarcinoma mammario maschile.* Gazz. intern. di med., n. 4, 1908.

QUARTA. *Epitelioma della mammella sinistra di un uomo con metastasi pleuropolmonari.* Rivista Ospedaliera, n. 5, marzo 1911.

QUEIREL. *Lipome volumineuse de la région mammaire chez l'homme.* Paris, 1890.

RENAUD. *Epithéliome du sein et inflammation.* Bull. de la Soc. Anat. de Paris, 1908.

RECLUS. *Maladie kystique des mammelles.*

RIVES et BARRAS. *Mammite chronique et cancer du sein.* Montpellier Méd., n. 40, octobre 1911.

RONCALI. *Della necessità di improntare l'insegnamento della patologia chirurgica alla clinica e di considerare infiammazioni le sole infezioni, incluse le neoformazioni maligne.* Archives Intern. de Chirurgie, 1907.

RONCALI. *Sopra un caso di epitelioma della mammella nel maschio.* Suppl. al «Policlinico», ottobre 1900.

ID. *Trattato dei neoplasmi maligni.* Unione Tip. Ed. Torinese, 1911.

SAND. *Adenofibrome traumatique du sein chez l'homme.* Journal méd. de Bruxelles, XVIII, n. 47, nov. 1912.

SENGENESE. *Sur un cas de cancer du sein chez l'homme.* Ann. de la Polic. de Bordeaux, t. IV, f. 9, maggio 1896.

SCURATI. *Un tumore della mammella nell'uomo.* Rif. Med., n. 8, febbraio 1908.

TISSOT. *Cancer du sein chez un homme.* Progrès méd. t. XL, n. 27, luglio 1912.

VIDELA J. A. *Adenofibroma del seno su un sujeto del sesso masculino.* Rev. de la Soc. méd. Arg., giugno 1903.

YNUGANO. *Un caso di adenocarcinoma mammario nell'uomo.* Medicina Italiana, n. 19, 1906.

ZANIBONI. *Un caso di adenocarcinoma della glandola mammaria nell'uomo.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1921, n. 33, p. 391-393.

ZONI. *Contributo allo studio dei tumori della mammella maschile.* Rif. Med., n. 43, 1909.

SUNTI E RASSEGNE.

TISIOLOGIA.

La diagnosi di tubercolosi polmonare in evoluzione.

(M. V. CORDIER. *Journal de médecine de Lyon*, 5 aprile 1923).

Il problema dell'evoluzione domina l'esame di ogni tubercoloso; è solo col giudicare dell'attività evolutiva che si potrà fare una diagnosi completa, posare una prognosi e soprattutto dare le indicazioni terapeutiche. È questo nel tubercoloso il problema fondamentale a cui ci si trova ricondotti con maggiore insistenza che se si trattasse di un cardiaco, di un renale, in cui le tappe sono più facili a prevedersi ed in cui si hanno degli elementi di apprezzamento più sicuri.

Una delimitazione precisa dell'evoluzione tubercolare è difficile, nè essa può fondarsi sulle sole basi anatomiche, anche perchè l'evoluzione può farsi per attacchi bacillemici oppure per una recrudescenza dei segni generali e funzionali per la sola diminuzione della sua resistenza generale. In complesso, si può dire che un tubercoloso è in via di evoluzione, quando i segni fisici annunciano un focolaio nuovo, oppure l'estensione di un focolaio recente, ovvero il risveglio di uno antico, oppure anche quando, malgrado l'assenza dei segni di ascoltazione, si ha la comparsa od il risveglio di quelli di infezione o di intossicazione. In linea generale si deve tener presente che nessun segno è assoluto e che il concetto di evoluzione esige la nozione di tempo, in quanto che è necessaria per il giudizio l'osservazione prolungata, oltre ad un interrogatorio serrato, che permetta di ricostruire le tappe della malattia.

SEGNI GENERALI.

Peso. — Ogni tubercolotico o sospetto deve essere pesato ogni 7-15 giorni. Non bisogna però lasciarsi sedurre da formole sempliciste, per cui il dimagrimento continuo è sintoma di evoluzione, mentre la ripresa del peso è senz'altro un segno favorevole. Anzitutto non ci si deve lasciare ingannare dai cuscini di grasso alle coscie ed alle braccia, ma sorvegliare il pannicolo adiposo; poi è nota la rapida ripresa dei malati all'inizio del soggiorno sanatoriale, ripresa che, ai tempi della sovraalimentazione, mascherava talvolta delle evoluzioni gravi. Anche lo stato tiroideo va controllato, sia per non lasciarsi ingannare da un eventuale mixedema, sia per non giudicare a

torto un dimagrimento dovuto ad iperattività tiroidea. La ripresa media di peso è di un kg. al mese; a partire però dal quinto, la curva tende a farsi orizzontale. Il dimagrimento indica in generale una progressione della lesione, a meno che non si possa spiegare con altre cause; su di esso influiscono l'attività fisica, le stagioni, le mestruazioni, ecc. In complesso dunque al peso non si può dare un valore assoluto, nè si deve cercare l'aumento in individui che hanno raggiunto il peso normale. Lo stesso dimagrimento non ha sempre valore prognostico reale, poichè può accompagnare un focolaio affatto transitorio, e mancare invece durante un'evoluzione acuta, come nella granulia.

Temperatura. — È di solito un buon sintoma di evoluzione che va sempre analizzato e seguito, sebbene anch'esso non abbia nulla di assoluto; può essere dovuta ad altre cause (focolai nascosti od ignorati, disturbi endocrini) o tradurre una sensibilità termica negli antichi tubercolosi; d'altra parte si può avere l'apiressia negli evolutivi, oppure misconoscere un aumento di temperatura che si verifica verso il mezzogiorno e che può tradurre una evoluzione. Le febbri a tipo inverso si osservano in individui che si avviano verso la granulia.

Sindrome astenica. — Può essere un segno di risveglio, ma essa è legata a troppi fattori (surrenali, ipofisi, infezioni, ecc.) perchè ci si possa fare assegnamento. Si deve inoltre escludere che si tratti di neurastenici, o di tubercolofobi.

Disturbi digestivi. — Non hanno che un valore affatto secondario.

Segni funzionali.

Tosse. — È un sintoma ingannatore; ha valore come sintoma di richiamo all'inizio, ma in seguito non ha nessun significato.

Espettorazione. — Ha una certa importanza solamente per la sorveglianza della cura; gli sputi vanno pesati quotidianamente e si vedrà negli ammalati del primo stadio che, quando le cose vanno bene, verso il secondo mese incominciano a diminuire per cessare dopo il quinto od il sesto. L'aspetto può avere un certo significato, in quanto che in un malato che si è seguito a lungo, il ritorno di sputi francamente purulenti e caseificati indica una nuova evoluzione.

Emottisi. — Ha un grande valore positivo, ma in qualche caso può riserbare delle sorprese; sono così da menzionare le emottisi false della fase iniziale, quelle di origine faringo-laringea nei malati in fine di evoluzione, quelle di origine polmonare, ma senza significato evolutivo; queste ultime si osservano in fibrosi od in antichi cavernosi, sono apiretiche e non sono accompagnate nè da sputi bacilliferi, nè da nuovi segni fisici.

Dispnea. — Di nessun valore nei vecchi malati, in cui può essere dovuta ad altre cause (enfisema, stato cardiaco), è invece assai importante nelle prime fasi; la sua persistenza, malgrado l'apiressia e la scomparsa dei segni fisici, permette ogni dubbio.

Pleurodinia. — Buon sintoma di allarme all'inizio è in seguito priva di valore.

Fenomeni tossici. — Hanno grande importanza per la diagnosi precoce o per la prognosi di gravità, poichè i grandi segni tossici sono legati a forme gravi ed a tendenza estensiva, ma non hanno lo stesso valore per giudicare della evolutività.

Così pure non hanno valore assoluto i fenomeni anemici ed i segni cardio-vascolari.

Segni fisici.

Percussione. — Questa arma precisa e fedele per la diagnosi precoce può avere valore per scoprire sia i focolai nuovi (alla base all'ilo, all'ascella) sia l'estensione di quelli precedenti, purchè negli schemi anteriori si sia fatta una iscrizione ben precisa; la scomparsa totale dell'antica ottusità può in qualche raro caso indicare la riparazione del focolaio e la trasformazione fibrosa.

Modificazione del murmure. — Il respiro rude all'ispirazione, buon segno all'inizio, è sprovvisto di significato in seguito. Così pure la respirazione intercisa è compatibile con lesioni affatto lontane da evoluzione. Quanto ai rantoli crepitanti, si possono ascoltare nei fibrosi senza alcun accenno ad evoluzione; in tal caso però sono variabili, mentre hanno una certa fissità quando si tratta di attacchi congestivi acuti; importante è il tempo di produzione, poichè nei focolai recenti si sentono ad intervalli regolari, raggruppati e non irregolarmente al pari di un fuoco di fila, come accade nei fibrosi. Grande importanza ha il timbro, di cui non si può dare una descrizione; solo la pratica permette di dire che si tratta di rantoli nuovi oppure di rantoli in ambiente sclerosato. Notevole valore ha la ricerca di questi segni prima e dopo la tosse. Si deve poi tener presente che nei vecchi focolai si ascoltano per anni dei rantoli irregolari, episodici, che non corrispondono nè ad una espettorazione più abbondante, nè a tosse più frequente, nè a febbre od a dimagrimento.

Segni bronchitici. — Talvolta si tratta di un attacco passeggero senza significato, ta-

l'altra invece, nei fibrosi, i segni di bronchite precedono di qualche settimana il risveglio di un nuovo focolaio.

Segni cavitarî. — Nel periodo secondario e terziario si verificano insieme ad altri segni funzionali e generali, sicchè passano in seconda linea; nel periodo di fibrosi invece possono coincidere con uno stato generale eccellente, con l'apiressia e sono quindi fallaci.

Segni pleurali. — Hanno valore i fenomeni di attività della pleura, quando sopra un polmone silenzioso una pleura, fino allora silenziosa, mostra dei nuovi segni, dovendosi allora temere un nuovo focolaio parenchimale.

Vi sono poi altri elementi che possono intervenire in ogni momento della malattia: così p. e. la gravidanza per cui non si può dare una regola assoluta; le cardiopatie in cui non sembra essere frequente l'evoluzione franca; le infezioni intercorrenti, fra cui l'A. ha veduto una evoluzione iperacuta dopo il morbillo.

SEGNI RADIOLOGICI.

È assai raro che sulla base dei reperti radiologici si possa dire se una lesione è in via di evoluzione; soltanto le radiografie in serie permettono di seguire la regressione di una lesone, talvolta fino all'apparenza di una *restitutio ad integrum.* La radioscopia conserva però sempre tutto il suo valore per la diagnosi precoce.

Quanto ai metodi di laboratorio, non ve n'è nessuno che possa fornire qualsiasi indicazione sulla evolutività.

In complesso non vi è nessun sintoma che possa considerarsi come assoluto e specifico; egli è che in questo problema non si può contare sopra una risposta automatica, bisogna che il medico faccia opera di critico intelligente e, lungi dall'applicare rigorosamente dei metodi scientifici, deve mettere la scienza ai servigî della propria arte.

Applicazione ai diversi casi clinici.

Quando la tubercolosi polmonare incomincia la sua evoluzione, il problema si confonde con quello della diagnosi precoce; il pericolo è di non vedere abbastanza presto e di lasciarsi prendere dalla tranquillità ingannatrice, basata sull'assenza di questo o di quel segno. Si deve avere il coraggio di fondare la diagnosi sopra un solo segno, se questo è indiscutibile e non avere l'ambizione della diagnosi istantanea; ripetendo gli interrogatorî, continuando le osservazioni, si potrà arrivare alla conferma che si tratta di una lesione recente ed a decidere il malato alle risoluzioni gravi; altrimenti si corre il pericolo di imporre delle decisioni draconiane ad individui con una semplice lesione cicatriziale.

Quando si tratti p. e. di un malato, già in cura, che desidera riprendere la vita normale, si considereranno dapprima i segni generali, come la curva del peso e la temperatura (sono necessarî almeno due mesi di apiressia per giudicare l'arresto dell'evoluzione). Sono pure importanti i segni di intossicazione e di astenia, poichè non si può parlare di arresto se essi persistono; anche la bacilloscopia dà utili indicazioni, sebbene vi siano casi in cui l'eliminazione dei bacilli si fa intermittentemente.

Si potranno poi utilizzare le prove di guarigione, come la febbre da sforzo. le iniezioni di acqua salata, ecc. Ogni malato, poi, presenta dei segni particolari, come algie toraciche, disturbi dispeptici od altro che gli imprimono una fisionomia speciale ed hanno importanza per il problema che ci occupa. In qualche caso è l'ascoltazione che prende il primo posto, quando si segue da presso il malato e si vedono gradatamente attenuarsi e scomparire i segni. Nei cavitarî invece il solo criterio su cui ci si può fondare è quello del tempo, quando si vede che l'arresto si prolunga indefinitamente.

Ancor più difficile è il problema di stabilire se una tubercolosi ritorna a svolgersi, o si tratta invece di semplici reliquati. In tali casi sono da mettersi in prima linea i segni generali e funzionali; anzitutto la tosse, che però deve essere differenziata da quella di attacchi banali di bronchite o da episodî asmatici pure ingannatrici possono essere la dispnea e la ripresa dell'espettorazione. I due fenomeni più importanti sono però il dimagrimento e la febbre, che devono essere assodati con una lunga osservazione. Di apprezzamento assai difficile sono i segni fisici, mentre non si avrà nessuna luce dalla radioscopia e dalla bacilloscopia. È importante tener presente che in questi malati, l'evoluzione della tubercolosi, è contrassegnata da un sintoma extrapolmonare (insufficienza cardiaca, ipertensione, ecc.) che si ripete quando la tubercolosi ritorna ad evolversi.

Solo pesando e comparando i diversi criterî e studiando a lungo il malato si potrà arrivare alla risposta precisa che permette la fermezza delle decisioni e dei consigli, i quali coinvolgono sempre una grave responsabilità da parte del medico e vanno quindi presi solo dopo mature riflessioni.

A. FILIPPINI.

NEUROLOGIA.

Le sindromi dell'arteria spinale anteriore.

(MARGARETTEN. *The Journal of nervous and mental disease*, agosto 1923).

Le affezioni dell'arteria spinale anteriore non sono rare: esse non vengono tutte clinicamente diagnosticate perchè sono scambiate con malattie midollari.

Le arterie vertebrali dopo il loro ingresso nel canale vertebrale volgono in alto ed all'interno sulla superficie laterale del bulbo tra le radici del dodicesimo e le prime gittate del ligamentum denticulatum, per fondersi nell'unico tronco dell'arteria basilare a livello del margine inferiore del ponte. La vertebrale sinistra di solito è più grande e talvolta costituisce da sola il tronco della basilare. Le vertebrali dànno la meningea, la cerebellare posteriore inferiore e le spinali dorsali e ventrali. Queste ultime si staccano ad un centimetro circa dalla basilare da una parte e ad altrettanta distanza dalle origini delle cerebellari posteriori inferiori. La ventro-spinale sinistra è più grande della destra, che talvolta manca anche. Le due arterie convergono verso il basso ed a livello del terzo segmento cervicale si fondono in unico tronco: l'arteria ventro-spinale mediana o spinale anteriore. Questa si continua in basso per tutta la lunghezza del midollo anastomizzandosi con rami delle vertebrali e delle intercostali, e dando i rami laterali e le ventrofissurali, che penetrando nella sostanza del midollo si dividono nelle branche sinistre e destre. Queste a loro volta si distribuiscono con rami ascendenti e discendenti nei cordoni bianchi anteriori, nei cordoni grigi anteriori e laterali ad eccezione delle parti più periferiche, e dando anche alcuni speciali rami al cordone di Clarke.

Nel bulbo l'arteria spinale anteriore irrora il rafe, i fasci piramidali e la loro decussazione, il lemnisco, i fasci interolivari, il nucleo e le fibre dell'ipoglosso, ed il fascio posteriore longitudinale. Le piramidali sono anche irrorate dalle vertebrali.

Tutte le arterie del midollo e del bulbo sono terminali, e perciò la loro embolia o trombosi determina zone di rammollimento. Data la circostante ramificazione delle arterie midollari è spesso difficile precisare clinicamente il vaso leso, ma in genere le sindromi dell'arteria spinale anteriore sono molto caratteristiche.

CASO I. — Un elettricista di 54 anni entrò all'Ospedale di Montefiore accusando debolezza e pesantezza delle estremità e diminuita sensibilità dalla metà del tronco in giù. La sua malattia progredì gradualmente con la seguente progressione: *a*) dolore alla nuca, *b*) formicolio alle dita delle mani, *c*) perdita della sensibilità stereognostica, *d*) dolore alla testa anteriormente, *e*) sensazione di torpore al collo, *f*) debolezza alle gambe, impotenza sessuale, *g*) perdita della sensibilità agli arti inferiori, *h*) incontinenza di urina, *i*) si scottò le dita e non se ne accorse, *j*) sensazione di strozzamento alla vita, *k*) diminuzione di forza alle braccia, *l*) spasmi alle gambe ed alle braccia, *m*) disturbi del respiro, della parola, della deglutizione, ma senza soffocazione. All'esame si trovò quadriplegia con ipertonia, iperreflessia e spasticità; paresi più accentuata a destra; Babinski ed Hoffmann bilaterale; torpidi gli addominali; presenti i cremasterici; ipoestesia, ipoalgesia, ipotermestesia dal secondo cervicale in giù, più marcata nelle regioni superiori ed a sinistra; area sacrale normale; pupille uguali, reazione all'accomodazione migliore che alla luce; anestesie delle cornee; faccia intatta; collo rigido; oculomozione e linguamozione normale; massateri e pterigoidei deboli; scosse spasmodiche dei muscoli addominali.

Fu fatta diagnosi di tumore extramidollare della porzione superiore del midollo, ed all'autopsia si trovò aneurisma dell'arteria vertebrale destra con atrofia del bulbo e del midollo cervicale superiore.

CASO II. — Un giovane musicista fu ricoverato nel 1921 nell'Ospedale Montefiore con paralisi delle quattro estremità. Questa era cominciata sei anni prima colpendo gradatamente prima l'arto superiore sinistro, poi l'inferiore sinistro, quindi il superiore destro ed infine l'inferiore destro. Non poteva parlare correttamente, aveva la faccia tirata a sinistra, non poteva inghiottire; masticazione e gusto integri; più tardi divenne stuporoso ed ebbe vomito a getto, febbre lieve, irrequietezza, nistagmo marcato, deviazione della lingua a destra, paralisi spastica delle quattro estremità, Kernig bilaterale, pallore delle papille ottiche, Wassermann positiva. Gli furono praticate iniezioni endovenose di Salvarsan. Migliorò, ma rimase sempre una quadriplegia del tipo neuroni superiori, senza disturbi sensitivi, nè impegno dei nervi cranici. Fu fatta diagnosi di emorragia midollare alla regione della decussazione piramidale nel campo di distribuzione della vertebrale o della spinale.

CASO III. — Una donna di 32 anni fu improvvisamente colpita da quadriplegia spastica con paralisi agli sfinteri. Non c'era febbre, diplopia, nè disturbi della parola. Ben presto la paralisi si ridusse ad una diminuzione di forza delle quattro estremità, specie dell'arto superiore destro dove si determinò atrofia degli interossei. C'era una fascia di anestesia dalla C^3 alla D^1 anteriormente e posteriormente, e termoanestesia ed analgesia dalla D^2 in giù, compresi i segmenti sacrali. Fu fatta diagnosi di ematomielia della regione cervicale nel campo della arteria spinale anteriore.

CASO IV. — Un artista che in gioventù si era contagiato di sifilide nel 1918 cominciò ad avvertire indebolimento di ambo le mani specie a destra con incapacità di estendere il medio, l'anulare ed il mignolo di destra; a poco a poco gli stessi fatti si ebbero anche a sinistra. All'e-

same nel 1920 si trovò: mentalità integra, integri i nervi cranici, pupille disuguali e rigide; atrofia delle eminenze tenari e ipotenari di ambo le mani; paresi di tutte le dita, paralisi completa dei pollici, indebolimento dei movimenti di pronazione e supinazione dell'avambraccio e di flessione ed estensione del braccio; reazione degenerativa degli estensori delle dita, dell'abduttore del pollice, degli interossei, dei lombricati tra il secondo, terzo e quarto dito; scosse fibrillari dei muscoli delle braccia e dell'addome; nessun disturbo motore agli arti inferiori; riflessi bicipitale, tricipitale, radiale ed ulnare presenti ed eguali, tendinei disuguali con prevalenza a destra; clono dei piedi; Babinski a destra; nessun disturbo sensitivo; reazione di Wassermann positiva. Fu fatta diagnosi di mielite dovuta a trombosi luetica dell'arteria spinale anteriore nella parte inferiore della regione cervicale. La sclerosi laterale seniotrofica fu esclusa per l'inizio ed il decorso della malattia.

CASO V. — Nel 1922 fu internato un individuo che accusava vertigini, che si aggravavano con i movimenti di sollevamento della testa, debolezza degli arti di destra e lieve cefalea diffusa. Un giorno fu colpito da una vertigine più grave e cadde al suolo senza però perdere la coscienza. All'esame si trovò emiparesi destra a tipo di neurone superiore, anestesia del braccio destro, del tronco e delle gambe, paralisi atrofica, flaccida, della lingua e nistagmo, enoftalmo e restringimento della rima palpebrale sinistra. Fu fata diagnosi di trombosi dell'arteria spinale anteriore sinistra nella regione olivare.

Wilson riferisce il caso di una quadriplegia sviluppatasi gradatamente in un operaio di 59 anni, dapprima negli arti inferiori e poi nei superiori, seguita da miglioramento dapprima al braccio destro, poi al sinistro ed infine agli arti inferiori. All'esame si trovò quadriplegia a tipo neurone superiore, perdita del senso di posizione delle dita dei piedi, astereognosi alle mani; Wassermann positiva nel sangue e nel liquor. Il decorso e la sintomatologia fecero escludere lesioni corticali o capsulari e fecero ammettere una trombosi dell'arteria spinale anteriore nella regione delle piramidi.

In un caso studiato da Cilney e Riley si verificò improvvisamente emiplegia crociata, arto superiore destro ed inferiore sinistro, in un giovane che battè con la testa tuffandosi nell'acqua: si trattò di emorragia in corrispondenza della discussione delle piramidi. In un altro degli stessi autori un uomo di 53 dopo breve deliquio con perdita della coscienza presentò perdita della parola e paralisi degli arti di destra. La parola ritornò ma la paralisi, compresa quella della metà sinistra della lingua, persistette. Si trattò di un'emorragia della vertebrale o della spinale anteriore del lato della paralisi degli arti. Un terzo caso si ebbe in un giovane che durante la convalescenza di un tifo fu colpito da paralisi ed anestesia di tutto il lato destro del corpo. All'esame si trovò atrofia e paralisi della metà sinistra della lingua, emiparalisi destra a tipo neurone superiore, anestesia muscolare, articolare, tattile e vibratoria dello stesso lato. La lesione di nessun'altra parte del nevrasse, se non del bulbo può dare una sindrome di tal genere.

In ragione della stretta vicinanza di parti a funzione omologa nella porzione del bulbo, nelle affezioni dell'arteria spinale anteriore o della vertebrale si ha frequentemente quadriplegia. Per disordini dei cordoni posteriori o del tratto cerebello-olivare i riflessi profondi possono essere indeboliti o aboliti. A seconda che vi è o non interessamento del lemnisco o dei fasci cerebellari si può avere o non l'atassia. Dei nervi cranici quello che è più frequentemente colpito è il dodicesimo, ma non del tutto a causa delle moltiplici e diffuse emanazioni dal suo tronco, e perciò la paralisi incompleta può passare inosservata. Talvolta è compromesso anche il facciale di un lato. Poichè l'incrocio dei cordoni posteriori avviene più in alto della decussazione piramidale, si hanno disturbi sensitivi crociati o omolaterali a seconda del livello e della estensione della lesione. *Dr.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

R. SCHINDLER. *Compendio e Atlante di Gastroscopia.* (Atlas und Lehrbuch der Gastroskopie). Lehmanns ed. München. — Lire 34 ital. Pag. 108, 45 fig. e 20 tavole.

Il metodo della gastroscopia è stato a torto da alcuni completamente trascurato: il libro dello Schindler viene a buon punto per richiamare l'attenzione sui vantaggi che il metodo gastroscopico può dare nella diagnosi delle malattie dell'apparato digerente.

Il libro dello S. si divide in sei capitoli: passata brevemente in rassegna l'anatomia del tubo digerente, l'A. descrive lo strumentario e i diversi tipi di gastroscopi in uso più comune; quindi descrive la tecnica della gastroscopia e i criteri per orientarci nello stomaco. Interessanti sono i due ultimi capitoli sulle immagini gastroscopiche dello stomaco normale e patologico, specialmente per le tavole veramente belle annesse al lavoro e assai dimostrative.

M. E.

Vaporizzatore "χαῖρε" del Dott. A. Sacchetti

Basta una sola prova per persuadersi che non ha rivali!



Il **Prof. Dott. Comm. Guglielmo Bilancioni,** degli Ospedali e della Clinica oto-rino-laringoiatrica - Docente di patologia generale e oto-rino-laringologia nella R. Università di Roma, così si esprime riguardo al Vaporizzatore χαῖρε.

« Ho provato in diverse forme naso-faringee, il nuovo tipo di Vaporizzatore χαῖρε del Dott. Sacchetti, e posso attestare che esso corrisponde assai lodevolmente agli scopi profilattici e terapeutici che l'autore si è prefisso. La miscela da usarsi, che unisce in modo efficace i balsamici allo jodio, è utile come stimolante e come modificante delle prime vie respiratorie e mi auguro che il trovato del Dott. Sacchetti possa diffondersi per il pubblico.

(firmato) GUGLIELMO BILANCIONI ».

Il **Prof. Dott. Comm. Tommaso Mancioli,** Docente nella R. Università di Roma:

« Consiglio da tempo il Vaporizzatore χαῖρε del Dottor Sacchetti alla Iasiodina nelle forme di riniti, faringiti e laringiti atrofiche. I risultati sono sempre ottimi poichè il rimedio, assai bene combinato, riesce di sollievo immediato al malato e, debitamente usato, debella le lesioni più inveterate.

(firmato) Prof. T. MANCIOLI ».

DEPOSITI: **DOTT. A. SACCHETTI & C.**

ROMA (17) — **Via Plebiscito, 102 - Sanseverino Marche = Via Eustacchio, 2 = Farmacia Ceci**

PREZZI: Vaporizzatori L. **35.** — Fiala jasiodina (bastante per più settimane di uso) **L. 9.90** bollo compreso.

RIDUZIONE DEL 30 % AI SIGG. MEDICI E FARMACISTI.

GERASEPTOL

CAPSULE con Invol. di GLUTINE, UROTROPINA salicilica, Essenza di Pelargonio.

Tollerabilità perfetta.

Per campioni e letteratura - Filiale: Bonetti Frères - Milano - Via Bergamo, 56

BLENORRAGIE - CISTITI URETRITI - PIELITI FOSFATURIE Ecc.

STABILIMENTO FARMACEUTICO L. ROMANI
Campo Marzio, 13 = ROMA (20)

Sciroppo Romani al Lacto-Creosoto

Calmante - Curativo - Reminiralizzante - Balsamico

Può proclamarsi, senza tema di smentite il **più gran preparato del momento.** Calma qualsiasi tosse. Reminilizzatore attivissimo. Arresta la febbre, il catarro, lo sputo sanguinoso, cicatrizza e calcifica le lesioni tubercolari. Per i sali di calcio che contiene esercita anche un'attiva azione ricostituente.

Bottiglia grande L. **9.00** (più bollo governativo L. **0.90**)

Per i Signori Medici e Farmacisti L. 6.30 (più bollo governativo L. 0.90)

Per una bottiglia per spese di porto ed imballo unire L. 3.80 — Per quattro bottiglie per spese di porto ed imballo L. 6.00

N.B. – Inviando cartolina-vaglia da L. 52.00 si riceveranno franche a domicilio n. 7 bottiglie

L'aumento è causato dal costo dello zucchero e dall'aumento spese postali e imballaggi

CARNOT, HARVIER, FRIEDEL e LARDENNOIS. *Les Colites*. Baillière et fils, éd. Paris, 1923. Fr. 10.

Le coliti rappresentano ancora un argomento di palpitante attualità, un capitolo sempre difficile nella pratica e il pubblico medico sarà grato agli AA. e all'editore per aver tradotto in una breve ma moderna pubblicazione le lezioni tenute dagli autori.

Le sindromi colitiche con la parte che riguarda la fisiopatologia del colon sono esposte da Carnot come al Carnot appartiene lo svolgimento delle coliti amebiche e parassitarie (da lamblia, da tricocefalo ecc.), le coliti infettive specifiche (tubercolari, e da bac. dissenterico, ecc.), le coliti tossiche sono trattate da Harvier, al quale appartengono pure le coliti tossiche, e le criptogenetiche. Due capitoli sulle rectosigmoiditi Friedel) e sulle complicazioni chirurgiche (Lardennois) chiudono il volume nel quale qualche illustrazione è inserita a chiarimento del testo.

La lettura del libro mette nella loro luce, per quanto lo stato attuale delle cose lo permette, le imbrogliate sindromi colitiche; su di esse non può putroppo dirsi ancora l'ultima parola dal punto di vista etiopatogenetico e clinico (le sindromi criptogenetiche cui è dedicato un capitolo ne sono una prova) ma la scienza è in cammino e chi, ad ogni passo, ne ferma i progressi con chiarezza e lucida sintesi, ha la gratitudine degli studiosi.

T. PONTANO.

MONDOR e LAURET. *Les ulcères perforés de l'estomac e du duodénum*. (Masson e C. Editori 1923).

In questa monografia di viva attualità, gli A.A. oltre che a riunire e sottoporre a critica le idee correnti sulla patogenesi, sintomatologia e cura delle ulcere perforate gastro-duodenali, si sono sopratutto preoccupati di scrivere per i pratici ai quali con l'opportunità della diagnosi spetta di inviare in tempo i malati al chirurgo. L'opera del quale più che da ogni altro fattore è influenzata dalla precocità o meno dell'intervento.

Perciò in prima linea i segni iniziali della perforazione quelli che non mancano mai e che si impongono sono stati oggetto di una dettagliata descrizione. Anche le forme cliniche ad andamento subdolo sono prese in considerazione.

In base allo stesso criterio direttivo un altro capitolo specialmente curato è quello della diagnosi differenziale, e naturalmente in prima linea vengono studiati i segni che permettono di distinguere in molti casi la peritonite appendicolare da quella di origine gastro-duodenale.

Tutti i metodi operatori proposti per la cura di queste perforazioni vengono passati in rassegna. Gli A.A. si dichiarano favorevoli alla sutura e infossamento della perforazione, con o senza gastro-enterostomia.

Le 14 figure che completano il testo servono in generale alla illustrazione di questi metodi operatori.

MANFREDO ASCOLI.

Affections des glandes salivaires du pancreas e du peritoine. Fasc. XV du « Nouveau Traité de médecine ». Masson e C. éd. Paris. Fr. 40.

Con una certa rapidità vedono la luce i volumi del nuovo trattato di medicina, che si pubblica sotto la direzione di Roger, Widal e J. Teissier.

Il 25° tratta delle affezioni delle glandule salivari e del pancreas (Parmentier e Chabrol), delle affezioni peritoneali acute (Londe) delle croniche (Macaigne) delle cisti idatidee del peritoneo (Devé).

Le conoscenze sugli argomenti svolti sono aggiornate fino alle più recenti ricerche, almeno per quanto riguarda la letteratura francese, e, sebbene gli ultimi anni non abbiano offerto in questo campo grandi novità, in ogni parte è notevole l'accuratezza. Sopratutto le affezioni del peritoneo hanno largo svolgimento poichè in esse sono comprese tutte quelle malattie che sul peritoneo si ripercuotono e trattate, per quanto riguarda l'organo, in maniera separata. Opera di sintesi e di analisi lodevole in un trattato di grande mole.

T. PONTANO.

G BETTI. *L'atrofia giallo acuta del fegato*. Ars & Scientia, 1923, Milano. — Prezzo L. 18.

La sindrome clinica, che va sotto il nome di atrofia giallo acuta del fegato è dal B. illustrata nella etiopatogenesi, nella anatomia patologica, nella fisiopatologia, nelle manifestazioni cliniche. Un contributo personale casistico, ricerche sulla composizione chimica del fegato, una parte sperimentale sulla atrofia giallo acuta da amanita falloide, i rapporti con la spirochetosi ittero-emorragica, aggiungono nozioni moderne a quelle già note e completano la bella monografia.

t. p.

Lexikon der Ernährungskunde, hgg. von E MAYERHOFER u. C. PIRQUET. 1 Lieferung (A-B) 1 vol. in-8° gr. di pag. 144. — Rikola Verlag, Vienna (III, Radetzkyplatz 5).

Questo dizionario, dovuto alla collaborazione di 23 studiosi, raccoglie e ordina le nostre cognizioni relative ai varii alimenti, disposti in ordine alfabetico; troviamo tra essi anche i più rari e d'uso ristretto od eccezionale; fornisce anche nozioni sulle diete speciali (per es.: diete di lavoro), su alcuni sintomi (p. es.: l'appetito e le sue deviazioni) e la biografia di alcuni studiosi dell'alimentazione.

La lettera A comprende un centinaio di voci; la lettera B è ancora più ricca.

Viene adottato il riferimento alle unità *nem* e una nomenclatura decimale degli alimenti (ad esempio, il latte ed i suoi derivati hanno per iniziale la cifra 1; il colostro è designato dal n. 1.2823).

Il lavoro, di spirito eminentemente tedesco, ricchissimo di dati, sarà apprezzato da igienisti, fisiologi, medici specializzati nello studio dell'alimentazione.

A. P.

C. VON NOORDEN und S. JSAAC. *Verordnungsbuch und diätetischer Leitfaden* für Zuckerkranke, pag. 112, verlag von Julius Springer, Berlin, 1923.

Questo piccolo manuale che rappresenta il frutto di trenta anni di esperienza clinica è scritto per i medici e per i pazienti. Il paziente non lo potrà usare in sostituzione del consiglio medico, ma questo libriccino sarà per lui una guida utilissima per seguire le prescrizioni del suo medico.

Il medico d'altronde potrà servirsene per dare al malato gli schemi pratici della sue prescrizioni dietetiche.

Nella prima parte sono esposte le nozioni fondamentali necessarie per stabilire le varie diete antidiabetiche, e i vari tipi di diete: seguono delle tabelle riassuntive sulla composizione degli alimenti ed infine un gran numero di ricette dietetiche in forma assai chiara e precisa.

SILVESTRI.

E. SILBERMANN. *Anleitung für die Ernährung von Zuckerkranken mit praktischen Anweisungen für die Diabetesküche*. Pag. 105, verlag Carl Marhold. Halle a. S. 1923.

È una raccolta di ricette dietetiche preceduta da una breve esposizione sui concetti fondamentali della dieta.

SILVESTRI.

E. RONZANI. *Gli Istituti Ospitalieri di Milano dal 1914 al 1921*. 1 vol. in-4° di pag. 446. Monza, Coop. Tipo-Litografica Operaia, 1923.

Una relazione sanitaria di ospedale è, quasi inevitabilmente, gonfia di tabelle e irta di cifre, ingombrante di formato e di contenuto, inadatta a qualsiasi scopo, che non sia di documentazione: certo, non è destinata al pubblico dei medici. Tuttavia la relazione del Ronzani — il quale da quasi un decennio dirige gl'Istituti ospedalieri di Milano — contiene molte notizie che interessano davvicino e i direttori d'ospedale e, più vastamente, i medici ospedalieri, nonchè i cultori di medicina sociale; essa espone in modo ordinato e chiaro le vicende degli Istituti durante il periodo bellico e il post-bellico, fermandosi in specie sugli incrementi, sulle innovazioni tecniche igienico-sanitarie e di organizzazione; particolare attenzione viene rivolta ai servizi prestati durante la guerra e in occasione dell'epidemia influenzale. Più di 200 tabelle, compilate da uno speciale Servizio statistico, bene ordinate e chiare, ci fanno conoscere l'andamento della morbosità (la relazione usa il termine di morbilità, che vorremmo vedere bandito) e la mettono in rapporto con le età, i sessi, le professioni, le localizzazioni (per i blastomi), ecc. Crediamo che per questi rilievi converrebbe ricorrere copiosamente ai metodi grafici, come nei paesi anglo-sassoni: essi rendono d'immediata evidenza i dati statistici e fanno risparmiare molta carta.

Nell'insieme, il rendiconto attesta eccezionali qualità organizzatrici e fattive nel dirigente gli Istituti ospedalieri milanesi.

L. V.

Sono state raccolte in volume le pubblicazioni scientifiche del personale dell'Istituto di Patologia e Clinica Medica Veterinaria della Regia Università di Bologna, diretto dal prof. A. Lanfranchi, compiute durante gli anni 1919-1922; si tratta di sedici memorie, comparse nei periodici più quotati di zooiatria, igiene, biologia; alcune concernono il morbo coitale maligno; parecchie possono interessare la medicina umana (l'intrapalpabro-reazione nella diagnosi di echinococcosi, differenziazione delle carni da macello, azione terapeutica dello zolfo colloidale, ecc.).

Questa raccolta comprova la feconda attività dell'Istituto.

R. B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 16 dicembre 1923.
Presidenza: Prof. G. Pianese - Presidente.

Nuovo schema e nuovi contributi personali sulle vie di formazione e conduzione degli stimoli del cuore dei mammiferi.

Prof. Domenico Pace. — L'O. presenta uno schema delle vie di formazione e conduzione degli stimoli nel cuore, sulla base delle sue ricerche più che decennali e già in parte riferite all'Accademia dal 1910 in poi. Sulla guida di questo schema l'O. fissa l'attenzione su alcuni punti nuovi:

1) Sullo sdoppiamento del nodo sinusale del cuore di agnello;

2) Sull'assenza di nuclei di tessuto specifico nel setto interatriale, nella cava inferiore, nelle vene polmonari;

3) Sulle così dette radici del nodo di Tawara di cui l'oratore nega la esistenza e quindi ogni rapporto con il seno coronario;

4) Sulla distribuzione regionale intracardiaca — funzionale non anatomica — del vago e del simpatico.

Sulla patogenesi dell'ernia inguinale.

Prof. Minervini Raffaele. — Dopo avere riassunte le dottrine antiche e moderne sulla etio-patogenesi delle ernie in generale e di quelle inguinali in ispecie, l'O. riferisce tre casi occorsi alla sua osservazione di ernie inguinali manifestatesi in individui adulti, i quali non avevano alcun difetto congenito, in seguito a lesioni circoscritte dei muscoli addominali in prossimità dell'anello inguinale, e conchiude che, senza voler infirmare e contraddire le altre dottrine patogenetiche, si debba ritenere come non infrequente causa di ernia la lesione circoscritta traumatica o patologica dei muscoli addominali in prossimità della regione inguinale. A. Chistoni.

Associazione di Medicina legale e delle Assicurazioni sociali in Catania.

Seduta del 14 agosto 1923.

Sull'Insulina.

Prof. Guido Izar. — Nel corso di ricerche sull'insulina l'O. ha potuto rilevare che precipitando da gli estratti pancreatici idroalcoolici (85 %) coi comuni reattivi le cosidette basi organiche, il principio attivo passa integralmente nel precipitato. Il frazionamento successivo delle basi ottenute dimostrò poi che la proprietà ipoglicemizzante spetta ad una sostanza, precipitabile integralmente mediante acido picrico ed acido picrolonico, che presenta affinità spiccate dal punto di vista fisiologico, farmacologico e chimico coi composti della guanidina.

Ora da tempo è noto che i composti del gruppo della guanidina (di difficilissimo isolamento allo stato di purezza dai tessuti, secreti ed escreti, ma di facile sintesi) mentre si riscontrano in forte quantità nel pancreas, sono pure presenti, in quantità minore, nei muscoli, sangue e escreti e che spiegano un'azione fortemente ipoglicemizzante di entità maggiore o minore in relazione al numero dei radicali metilici introdotti e della speciale figura stereochimica.

Da queste considerazioni e dai risultati delle ricerche di frazionamento l'O. venne indotto a sperimentare i sali di guanidina nell'animale e nell'uomo. Mentre però nell'animale (cane-coniglio) ottenne con la guanidina e metilguanidina spiccata ipoglicemia accompagnata da sintomi simili a quelli dati dall'insulina in forti dosi, nell'uomo l'iniezione sottocutanea di guanidina e metilguanidina restò senza effetto sulla glicemia come sulla glicosuria diabetica.

L'O. continua le sue ricerche su altri composti guanidinici più complessi in corso di preparazione.

Su di una causa poco nota di errore nell'uso di sieri precipitanti per la diagnosi di sangue umano.

Prof. A. Buscemi. — L'O. parla della possibilità di gravi errori giudiziari derivanti dall'uso di sieri precipitanti nella diagnosi di sangue umano, riferendo su una causa finora poco nota di precipitazione aspecifica coi soliti ricavati dalla macerazione di cuoiame e di pelli destinati al confezionamento di scarpe grossolane tipo militare. Ricorda come facilissimo sia il caso — come quello a lui occorso — che il perito sia chiamato ad accertare l'esistenza o meno di sangue umano su scarpe di tal genere e però mette in guardia contro la possibilità di errori da lui prospettata, la quale ancora una volta ribadisce il criterio della necessità assoluta che nello espletamento di tali indagini venga osservata la tecnica più scrupolosa e più minuziosa; ciò che purtroppo in pratica non sempre viene fatto. Di fatti nel caso di cui in ispecie, il controllo eseguito col siero di coniglio normale rileva nettamente l'errore.

Strozzamento o strangolamento.

Dott. Longhitano. — Ricorda le differenze che passano in medicina legale fra strozzamento e strangolamento: ricerche lessiche invece fatte dall'O. dimostrano che questi termini indicano una medesima cosa. Per togliere quindi ogni possibilità di confusione l'O. propone di sostituire nei trattati di medicina legale le dizioni di strozzamento e strangolamento con altre più appropriate: quale, ad esempio, quelle di asfissia laringo-tracheale da mano o da laccio.

Dott. Biondi. — Riferisce su alcune ricerche sperimentali relative all'introduzione di sieri omologhi ed eterologhi per via tracheale.

Il potere di riassorbimento del polmone rispetto a tali sieri, anche se iniettati con notevole velocità, è veramente enorme e raramente si dà luogo a fenomeni tossici od a edema maligno.

Dott. Longhitano. — Comunica il caso di un individuo che ferito all'addome da un proiettile, il quale venne a ledere l'aorta addominale a tutto spessore, riuscì ancora a correre per qualche centinaio di metri e sopravvisse alla ferita per circa mezz'ora. A. Buscemi.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Differenziazione clinica della tubercolosi polmonare da altre affezioni delle vie respiratorie.

E. Rist (*Révue de la tuberculose*, aprile 1923) insiste sull'importanza: 1) della cutireazione come indice dell'infezione tubercolare; 2) della esplorazione radiologica che talora rivela lesioni sfuggite all'esame clinico; 3) della ricerca del bacillo di Koch; 4) della collaborazione dello specialista oto-rino-laringoiatra, in considerazione della frequenza delle affezioni delle vie respiratorie superiori e della loro ripercussione sull'albero bronchiale.

La diagnosi della tubercolosi polmonare va fatta con le tre seguenti categorie di affezioni: 1) *Affezioni extrapolmonari* con risentimento respiratorio, per esempio: malattie cardiovascolari, del tubo digerente accompagnantisi a denutrizione, certe sindromi basedowiane, ecc.; 2) Certe *affezioni endotoraciche*, come sifilide polmonare, cisti idatidea, carcinoma polmonare, pleurite purulenta incistata; 3) *Affezioni delle vie respiratorie superiori*, che costituiscono la causa più frequente di errore. Una coriza cronica può influire sull'apparato broncopolmonare e così pure le affezioni ed infezioni croniche oltre che del naso, del cavo e dei loro annessi. Oltre all'influenza puramente meccanica, che crea un collasso apicale simulante la tubercolosi, si deve tener conto dell'elemento infettivo, e spesso la tosse abituale di tali individui riconosce la sua causa in una bronchite cronica dovuta a sua volta alla coriza cronica. Molti fra tali malati, considerati a torto come tubercolotici, guariscono dopo la disinfezione del seno mascellare, la ablazione di un cornetto, di vegetazioni adenoidi o di amigdale ipertrofiche. Più del 50 % degli individui riconosciuti non tubercolotici dall'A. apparteneva a questa categoria.

Sarebbe assurdo pretendere che la diagnosi di tubercolosi non è giustificata se non si trovano bacilli nell'espettorato; ma se questa ricerca è praticata con metodi moderni, provocando eventualmente l'espettorazione, ricercando i bacilli nello stomaco, inoculando i prodotti nella cavia, e se tale ricerca resta negativa, si deve onestamente pensare a malattie diverse dalla tubercolosi. *fil.*

Indicazioni del pneumotorace terapeutico.

Oltre all'applicazione alla tubercolosi, Dumarest e Brette (rif. in *Journal des praticiens*, 8 settembre 1923) segnalano le seguenti indicazioni:

1) Gli ascessi polmonari o dell'interlobo, le cisti idatidi suppurate ed in generale le suppurazioni croniche di origine polmonare. Il pneumotorace deve essere precoce; la sua realizzazione può essere ostacolata da aderenze.

2) La gangrena polmonare, specialmente la forma pneumonica, anche se i focolai sono multipli, purchè il processo sia unilaterale. È necessario intervenire presto e con grande prudenza poichè una pressione troppo elevata può rompere le aderenze e produrre un pneumotorace gangrenoso.

3) Le dilatazioni bronchiali, consecutive alla broncopneumonite, al morbillo; l'intervento deve essere precoce.

4) L'inclusione di corpi estranei e di proiettili; le complicazioni infettive e le emorragie cedono con il pneumotorace; in seguito si potrà quindi più agevolmente estrarre il proiettile.

5) Le ferite penetranti toraciche; se la emorragia è minacciosa, il pneumotorace sarà praticato d'urgenza.

fil.

L'etilidrocupreina nell'asma da fieno.

È noto che l'etilidrocupreina (od optochina) era stata preconizzata dai tedeschi come una vera terapia sterilizzante dell'infezione pneumococcica, ma che in seguito cadde in disuso per i gravi disturbi visuali a cui dà luogo. Successivi studî hanno portato a miglioramenti nella somministrazione, per cui i disturbi visuali si sono fatti più rari, ma ciò nonostante l'uso di tale medicamento è rimasto limitato anche fra i tedeschi. Recentemente si è trovato che l'applicazione oculare della etilidrocupreina era assai utile nelle fotofobie di qualsiasi origine e la si è poi usata, sembra con successo, nell'asma da fieno. L. Cheinisse riferisce (*Presse médicale*, 1923, n. 50) gli studî fatti in proposito da S. Haike, il quale consiglia di praticare, un mese prima della stagione, delle istillazioni (2-3 per settimana) nel sacco congiuntivale di qualche goccia di soluzione a 1/100; nei bambini usare la soluzione a 0.5/100. Siccome le prime istillazioni determinano un senso di bruciore, si faranno precedere da istillazioni di cocaina a 1/100. Contemporaneamente, si faranno anche spennellazioni della mucosa nasale con la stessa soluzione, dopo aver allontanato tutte le secrezioni ed aver fatto polverizzazioni di soluzione di cocaina o di adrenalina. Nei giorni intermedî il paziente si farà istillazioni oculari e polverizzazioni nasali, servendosi di car-

tine da cinque cg., che esso farà sciogliere al momento in 5 cmc. di acqua distillata bollita. Se gli individui già presentano i fenomeni di asma da fieno, le istillazioni e le spennellature verranno fatte dal medico tutti i giorni fino a cessazione dei fenomeni. Occorre tener presente che le soluzioni accennate non si conservano per più di cinque giorni e che vanno quindi rinnovate entro tal tempo.

Tale rimedio potrà essere tentato in quei casi in cui la cura, oggi più in voga della desensibilizzazione, sia rimasta senza successo, ciò che accade non raramente. Haike avrebbe ottenuto con la sua cura dei successi in casi inveterati, senza lamentare inconvenienti, salvo una volta una tumefazione della faccia.

fil.

Influenza terapeutica della posizione nelle malattie polmonari.

C. J. Hill Aitken (*Brit. Med. Journ.*, 1923, p. 760), riferisce di avere avuto ottimi risultati in casi di bronchiettasie, e caverne polmonari tubercolari o cangrenose, facendo sollevare i piedi del letto sul quale il paziente decombeva senza cuscini. Mantenendo questa posizione per alcune ore al giorno, durante una settimana, ottenne il vuotamento delle caverne, la diminuzione o scomparsa del cattivo alito, l'abbassamento della temperatura.

Doria.

IGIENE.

Il latte condensato.

Si trova in commercio in due qualità, dolcificato e non. Per ottenere il primo, si scalda dapprima il latte ad 80°-90° per pochi momenti, poi vi si aggiunge zucchero e lo si fa passare in recipienti in cui viene fatto un vuoto parziale, sicchè il latte vi può bollire a temperature di 50°-60°; in circa tre ore il latte raggiunge una viscosità ed una concentrazione sufficenti, dopo di che esso viene raffreddato e messo in scatole, che vengono saldate e tenute per un certo tempo in osservazione. La temperatura a cui viene portato il latte non è sufficiente per uccidere tutti i germi, le successive manipolazioni ne apportano di nuovi, sicchè il latte contenuto nelle scatole non è mai sterile. Ricerche di W. C. Savage e di R. F. Hunwicke (*British med. Journal*, 18 agosto 1923) dimostrano che si possono trovare lieviti, cocchi, bacilli aerobii produttori di gas, altri sporigeni, anaerobii, termofili ed altri. La maggior parte di questi però non provoca alterazioni del latte, non tanto per il contenuto di questo in saccarosio, quanto perchè il latte ha subìto con i diversi trattamenti tali modificazioni da essere un mezzo non favorevole allo sviluppo dei germi e non potrebbe venire nè peptonizzato nè coagulato; in qualche caso si è osservata decomposizione quando gli anaerobii erano associati a diplococchi. I più importanti sono i lieviti, causa costante del rigonfiamento delle scatole; per svilupparsi e produrre tale effetto però essi devono anzitutto essere capaci di crescere bene in condizioni di anaerobiosi e trovarsi in numero notevole, altrimenti tendono a scomparire.

Tenuto conto di questi fatti, sarebbe sufficiente per impedire alterazioni del latte nelle scatole, che il latte venisse portato a temperatura tale da poter uccidere i lieviti e che si evitassero successive contaminazioni sia da parte dell'aria, sia da parte dei tubi che trasportano il latte stesso e che dovrebbero venir lavati giornalmente con soluzione di soda. Occorre però impedire che il latte subisca contaminazioni dopo l'apertura della scatola, poichè mancando le condizioni di anaerobiosi, i germi vi si sviluppano facilmente, specialmente gli streptococchi che possono essere patogeni e produrre infezioni intestinali fatali nei bambini; le scatole quindi devono essere di volume tale da contenere la quantità che si può consumare in una giornata.

Con l'*ispezione delle scatole*, si escluderanno quelle che sono rigonfiate, che lasciano trapelare il liquido o sono arrugginite od assai peste; le prove di laboratorio hanno confermato il reperto dell'esame esterno nell'87 % dei casi; le sconcordanze riguardano le scatole che presentano un certo molleggiamento, ma non contengono gas e si dimostrano sane all'esame di laboratorio. Il contenuto può essere talvolta un po' bruno per caramellizzazione del saccarosio, oppure presentarsi spesso e vischioso per l'invecchiamento dei colloidi, modificazioni senza alcun significato. Per quanto riguarda l'esame batteriologico, si può ritenere che la presenza di lieviti o di bacilli fermentanti il lattosio del tipo del coli in g. 0,5 indichi condizioni cattive della scatola ed induca all'esame più accurato di tutta la partita.

Il *latte condensato non dolcificato* deve essere preparato con latte assai fresco perchè altrimenti nel riscaldamento a cui viene sottoposto, può coagulare. Esso viene bollito a pressione ridotta senza nessuna aggiunta, fino a ridursi a meno che la metà del suo volume; viene poi messo in scatole che, dopo saldatura, sono portate a 110°-116° per 30-40 minuti; queste in seguito si tengono in osservazione per diverse settimane. L'esame batteriologico dimostra che nell'80 %, tali scatole sono sterili;

sopra 47 scatole respinte all'esame esterno, si trovò che la causa delle alterazioni era dovuta ad anaerobi in 3 casi, a cocchi in 18, a coccobacilli in 5, a lieviti in 1, a bacilli aerobi gazogeni in 6. In complesso si deve ritenere che in tali condizioni il latte sia un mezzo sfavorevole alla vita dei microorganismi; però non si può considerare tale latte come assolutamente e costantemente sterile, in quanto che vi è una piccola percentuale di scatole che contengono germi. Le precauzioni da prendersi riguardano specialmente la possibile presenza di minutissimi forellini che, permettendo l'ingresso di minime quantità di aria, facilitano lo sviluppo di microorganismi, particolarmente di cocchi, più resistenti al calore, sfuggiti alla sterilizzazione. L'esame esterno delle scatole va fatto come per quelle del latte condensato dolcificato. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Irrigazioni endouterine in puerperio. — All'abbonato n. 3160 - 1:

Difficile è rispondere con precisione al quesito rivolto perchè le indicazioni per un determinato caso mal possono precisarsi su dati sommari.

In linea generale si può dire che le irrigazioni intrauterine trovano talvolta la loro indicazione in casi di puerperio febbrile, per quanto vi sia oggi tendenza a ridurre quanto è possibile tali interventi. E i sali mercuriali non sono i più indicati a causa della loro tossicità, cosicchè ove si usino ciò deve farsi soltanto a forte diluizione. ARTOM DI SANT'AGNESE.

Reazione di Herxheimer. — Al dott. F. R. da B.:

La reazione di Herxheimer consiste in un'accentuazione dei fenomeni clinici della sifilide, in seguito alle iniezioni di arsenobenzoli, specialmente con le prime dosi. A questa reazione, che non si limita alle sole manifestazioni esterne, ma può aversi anche in quelle degli organi interni, sono stati spesso imputati i gravi accidenti che talvolta tengono dietro alle cure salvarsaniche.

Si ammette che le dosi del medicamento, insufficienti ad uccidere le spirocheti, bastino, per così dire, a mobilitarle in guisa da provocarne una maggiore attività e quindi una più evidente manifestazione dei fenomeni clinici in atto o latenti.

In ciò appunto consisterebbe il pericolo nella somministrazione delle dosi insufficienti di questi preparati.

V. MONTESANO.

Nella psoriasi. — Al dott. B. A., 220:

Il salicilato di sodio non da ora soltanto viene consigliato contro la psoriasi, ma non si può dire che i risultati ottenuti incoraggino ad usare abitualmente questo metodo di cura, il quale, da noi almeno, ha pochi seguaci.

V. MONTESANO.

Cura della malattia dei cassoni. — All'abb. G. N., n. 10077, da Milano:

Il miglior mezzo di cura consiste nella ricompressione. Si colloca l'individuo in apparecchi, per lo più costituiti da robusti cilindri di ferro a tenuta d'aria, in cui si comprime l'aria per mezzo di pompe o di serbatoi di aria compressa. Si eleva così la pressione a due atmosfere o più; mantenendola per 10-20 minuti, dopo di che si inizia la decomposizione lenta. Nelle marine da guerra tedesche ed inglesi vi sono di tali apparecchi, composti di due camere; nell'una, in cui si fa la compressione, si trova un letto su cui si adagia l'ammalato, nell'altra sta il medico che sorveglia l'ammalato stesso a traverso un robusto vetro, trasmette ordini all'esterno e può eventualmente entrare nella cameretta dell'ammalato, dopo aver fatto elevare la pressione nella propria. La ricompressione può agire bene anche nelle embolie tardive ed altresì un po' di tempo dopo che si sono verificati gli accidenti.

Mezzi coadiuvanti sono le inalazioni di ossigeno, le iniezioni eccitanti, il massaggio e, da parte del malato quando ciò è possibile, i movimenti attivi degli arti ed un'attiva respirazione. Contro gli effetti già stabilizzati (paralisi) valgono le regole della medicina generale.

La profilassi (visita medica preventiva con esclusione dei non adatti; decompressione graduale) deve sempre essere rigorosamente attuata.

A. FILIPPINI.

Sieri antitossici ed azione elettiva sull'organo malato. — Al dott. B. M., Siderno:

Evidentemente nel suo caso, trattandosi di un malato in cui si è potuto escludere l'infezione difterica, non si può parlare di azione specifica di un siero antitossico sull'organo affetto da malattia specifica.

Tale azione è ammessa da non pochi studiosi della sieroterapia: nei difterici con sintomi laringei è notata, verso la dodicesima ora dall'iniezione del siero, una accentuazione dei sintomi ed anche degli accessi di soffocazione che rendono talora urgente l'intervento con l'intubazione. Sotto l'influenza del siero le false

membrane si rigonfiano, divengono più spesse, diminuendo così il calibro delle vie aeree; qualche volta le false membrane così rigonfiate si distaccano parzialmente e possono essere emesse, o momentaneamente occludere le vie aeree provocando violenti accessi di tosse. Ho riportato tale opinione per rispondere al suo quesito generico. Ma, dopo lunga personale esperienza di sieroterapia su cruposi, più che al siero, io soglio attribuire gli improvvisi aggravamenti al decorso rapido dell'infezione laringea: la sieroterapia antidifterica, come tutte le sieroterapie antitossiche, devono essere sfrondate da molte esagerazioni del primo momento. E le cognizioni presenti e forse più l'avvenire che si intravvede, modificheranno i nostri concetti su tale argomento.

T. PONTANO.

Setticemie ed iniezioni di sublimato. — Al dott. B. Macri, Siderno:

Quando le setticemie sono determinate da uno dei noti agenti, dimostrabili in circolo (stafilococchi, streptococchi, ecc.), d'ordinario le iniezioni di sublimato endovenose non mostrano efficacia alcuna. Nelle sindromi settiche ad agente ignoto, qualche volta si hanno resultati insperati. Le iniezioni endovenose di sublimato devono essere fatte solo se le condizioni del rene lo permettono; e per i resultati ottenuti da non pochi osservatori, costituiscono ancora una terapia consigliabile, quando ogni mezzo ritenuto specifico ha fallito.

t. p.

Medici di bordo. — Al dott. D. A. da A.:

1. Gli esami di idoneità per l'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo consistono:

a) in una prova scritta di etiologia, patologia, epidemiologia e profilassi delle malattie infettive e macroparassitarie, con speciale riguardo alle esotiche e a quelle dei paesi caldi;

b) in prove pratiche di accertamento diagnostico delle malattie infettive e macroparassitarie, di bromatologia e di semeiotica e diagnostica clinica;

c) in una prova orale di igiene navale, di legislazione sanitaria e di lingue straniere.

2. Il limitato spazio destinato a questa rubrica non consente che si possano indicare tutti i principali testi che trattano le suaccennate materie: ma riandando la posta degli abbonati degli anni scorsi sarà facile trovare le indicazioni occorrenti.

3. Non è prescritto per essere ammessi agli esami la frequenza di alcun corso.

M. C.

VARIA

Eutanasia.

Enrico Morselli, la cui feconda attività di studioso e di scrittore sembra inesauribile, ha pubblicato per i tipi dell'Editore Bocca un volume dal titolo *La Uccisione pietosa*. Egli espone e risolve secondo i proprii criterii una quistione, che turba ogni medico, e che non viene mai risolta o è risolta in vario senso a seconda del temperamento sentimentale di chi l'affronta. È lecito uccidere per abbreviare le sofferenze dei malati, o per sollevare la società del carico degli invalidi inemendabili? Questo è il quesito che pone il Morselli, e che egli esamina toccandone tutti i lati, mettendo in rilievo tutti i pro ed i contro, per concludere con la intangibilità del diritto alla vita sia pure essa dolorosa, sia pur essa inutile.

L'autore definisce l'eutanasia, che gli chiama «uccisione misericordiosa» o «pietosa», come la morte dolce procurata ad una persona sofferente di infermità ormai incurabile o molto penosa, o per troncare le agonie troppo prolungate o dolorose. A queste finalità giustificabili con il sentimento, alcuni aggiungono l'accorciamento della vita a chi, o per incoscienza assoluta dipendente da malattia cerebrale ingenita o acquisita, oppure per decrepitezza colma di acciacchi o di patimenti, non abbia mai avuto o più non abbia la capacità di godere dei benefizii della vita e di rendersi utile al consorzio civile, e perciò risulti come un carico o come un oggetto di ripugnanza per la collettività.

Dopo avere prospettato tutti gli argomenti che possono essere addotti a sostegno della morte liberatrice, eliminatrice o economa, e dopo avere esposto tutti i mezzi che la tecnica moderna offre per procurare la morte dolce, il Morselli con accento di profonda convinzione passa in rassegna gli elementi sentimentali, morali e giuridici che si oppongono alla pratica eutanasistica.

La scusante del dolore, quantunque la più convincente e più giustificante per il suo valore sentimentale, non è tale da fare ammettere la uccisione pietosa. La intensità, la durata del dolore non possono dare elementi sufficienti e precisi per una decisione. D'altra parte, scrive Morselli, la Medicina anche oggi non è disarmata affatto davanti al dolore: essa possiede mezzi che l'affievoliscono ed anche lo sopprimono. Una forte e prolungata morfinizzazione, per quanto non scevra di pericoli, apparirà sempre più razionale e morale, ossia più umana secondo i nostri senti-

menti e criteri etici attuali, che non la uccisione liberatrice di un dolorante.

Nè il terrore del trapasso giustifica il tentativo di abbreviare o anticipare l'agonia, come antiumani quanto inutili sono i tentativi di prolungarla, tentativi nei quali si accaniscono spesso i medici.

La suprema carità eutanasistica dovrebbe svegliarsi non solo davanti ai mali dolorosi, ma pur davanti a quelli incurabili. Dal momento che il medico acquistasse la certezza che sono inutili gli sforzi terapeutici per strappare alla sua sorte un infelice acutamente o lentamente divorato da un processo inemendabile, non potrebbe dare il consiglio della morte che liberasse, od accelerare egli stesso l'evento definitivo? Il Morselli risponde negativamente, e giustifica la sua opinione con il dubbio criterio della inguaribilità e con le difficoltà di ordine pratico che si incontrerebbero nel giudicare di tale necessità e nella esecuzione del giudizio stesso.

Le stesse difficoltà, a parte la repugnanza con l'attuale coscienza etico-giuridica, si troverrebbero nell'applicazione dell'eutanasia agli inutili.

Nè a rendere accettabile il principio della uccisione pietosa o liberatrice vale il consenso del soggetto o dei suoi parenti. Un vero « autoconsenso » non può essere dato che da individui in possesso della pienezza delle loro facoltà mentali; ma questo sarà possibile solo in un limitatissimo numero di casi, giacchè il dolore fisico intenso e duraturo, le malattie prolungate ed esaurienti, creano stati emotivi o passionali che o non lasciano integra e lucida la consapevolezza della realtà o affievoliscono e perturbano la volontà in quanto è scelta cosciente fra decisioni opposte. E un « etero-consenso » per pietà, cioè di altri, che abbiano la rappresentanza giuridica del paziente (parenti, familiari, tutori, ecc.) o il permesso dello Stato (Commissioni giudicanti, responsabilità dei tecnici), può valere, caso mai, per un trattamento medico-chirurgico che importi lesione della integrità personale, come in certe operazioni, ma non può in linea giuridica e morale sostituirsi, con un atto che importa cessazione della vita, alla mancante volontà del paziente.

D'altra parte la responsabilità dei medici ai quali certamente verrebbe commesso il compito di giudicare della necessità della eutanasia e della scelta dei mezzi per apprestarla sarebbe oltremodo ponderosa. La missione del medico verrebbe snaturata, capovolta. La medicina ha il divino scopo di lenire le sofferenze con i mezzi che non offendono le leggi supreme della vita, non ad abbreviarle chiamando in aiuto la implacabile nemica, la morte. Il dolore, necessità della vita e ragione di progresso, non si combatte con la negazione dell'esistenz.a La medicina veramente consapevole delle sue finalità, come in effetti è, penserà a prevenire il delitto e la malattia, non a reprimere nel sangue, nè a curare il dolore con la morte.

Eugenica non eutanasia: impedire la nascita dei sofferenti, degli inetti, non sopprimerli. Difendiamo gli attuali organismi nazionali dalle cause di degenerazione che ne minano sordamente il tipo, ne invalidano il vigore fisico, ne abbassano le capacità intellettuali e morali; combattiamo tutte le cause sociali ed individuali morbigene, l'eredità patologica, la sifilide, l'alcoolismo, la tubercolosi, l'artritismo, la malaria, le infezioni tropicali. Con tal mezzo si andrà predisponendo la formazione di un tipo umano sempre più forte, più sano, più bello, più intelligente, più morale.

E lasciamo che la morte falci la sua messe senza darle aiuto.

Il sonno eterno, con i terrori che da immemorabili secoli sveglia in tutti i viventi, con le credenze cui ha dato origine e che la massima parte delle religioni ci ha profondamente radicato nell'animo, non può nè deve essere anticipato dalla volontà nostra o altrui neanco di un solo attimo; e pur quando la volontà dell'individuo ce lo domandi, non saremo mai certi che giunto l'estremo attimo la sua indifferenza persisterà o non verrà sostituita da reazioni emotive che non vediamo.

I medici devono assolutamente rifiutarsi di spingere nelle tenebre sempiterne i loro simili siano pur grandi le loro sofferenze, sia pure imminente nell'agonia il loro irrevocabile passaggio, sia pure miserabile ed ignobile, indecorosa od inutile la loro esistenza.

Questo è lo schema del libro, che interessa, appassiona, avvince il lettore. Morselli, come pochi scienziati italiani, ha il privilegio di saper esporre in perfetto italiano, con una forma limpida e suadente, le quistioni più intricate e noiose. Questo libro, il cui argomento è tra i più tristi, è un atto di fede, un inno alla vita. Esso persuade anche chi per temperamento pessimistico o per le proprie convinzioni sulla vanità della esistenza è incline a considerare la morte più come un'amica da favorire che come una nemica da combattere.

G. DRAGOTTI.

PRODOTTI

SINTETICI

ottenuti

a mezzo del processo prof. **Calzolari** della R. Università di Ferrara. Controllo fisiologico del sen. prof. **P. Albertoni.**

GUAIASOL

L'azione antisettica polmonare del guaiacolo è evidente per ogni pratico che abbia sperimentato il prodotto. Tale esperienza ha resi anche noto i difetti della sostanza pura (causticità, disgustosità, instabilità, tossicità, ecc.).

Il **GUAIASOL** (guaiacolo solubile) sintesi guaiacol - aminica, è una polvere *stabile - non disgustosa - non caustica - non tossica.* Splendide riprove Cliniche in Sanatori, reparti tubercolosi di primari Ospedali, Cliniche, ecc.

DOSE - da 0,20 a 2 gr. al dì
Flaconi, compresse da 0,20
„ polvere da 25 gr.

Ferrero Maggioni & C.

MILANO
Via Melloni, 75
Via Termopili, 1 (2)



POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

L'ordinamento dell'amministrazione sanitaria secondo le nuove disposizioni.

Il nuovo decreto, del quale demmo notizia sintetica dei principi direttivi, consta di novanta articoli, concernenti modificazioni e aggiunte alla legislazione vigente: testo unico delle leggi sanitarie e leggi speciali (per gli Ordini, per l'esercizio della farmacia, ecc.).

Riassumiamo organicamente le disposizioni più importanti, in modo che ne risulti una esposizione sistematica e chiara. Si intende che il riferimento è limitato alle norme nuove.

Organi e funzioni dell'amministrazione sanitaria.

Amministrazione centrale.

L'amministrazione sanitaria fa capo al *Ministero dell'Interno.* «I servizi di igiene scolastica, ferroviaria, del lavoro e coloniale e in genere i servizi igienico-sanitari, qualunque sia l'amministrazione pubblica che vi debba direttamente provvedere, debbono, per quanto riguarda la tutela dell'igiene e della sanità pubblica, essere coordinati ed uniformati alle istruzioni del Ministero dell'Interno. Saranno anche uniformati alle disposizioni della legge sanitaria e alle istruzioni emanate dal Ministero dell'Interno i servizi igienico profilattici nell'Esercito, nella Marina e nell'Aeronautica». Nel Ministero dell'Interno, dunque, si concentra la suprema tutela della sanità pubblica.

L'amministrazione sanitaria attiva, che ha una direzione generale, è assistita da un solo organo *consultivo,* il *Consiglio Superiore di Sanità,* del quale fanno parte: otto dottori in medicina e chirurgia (particolarmente competenti, quattro nella igiene pubblica, e gli altri, rispettivamente, in idrologia, tisiologia, pediatria, clinica medica); un ingegnere, un naturalista, un dottore in chimica, un dottore in zooiatria, un farmacista, una persona esperta nelle materie amministrative ed altra nelle scienze agrarie, un ufficiale sanitario capo di ufficio di igiene — nominati con decreto reale su proposta del Ministro dell'Interni. Ne fanno parte, inoltre, rappresentanti di vari Ministeri e un rappresentante di ciascuno dei tre ordini sanitari; questi ultimi sono nominati con decreto reale in base ad una terna di nomi designati dai Presidenti dei rispettivi Ordini mediante elezione indetta ogni triennio dal Ministero e regolata da norme speciali.

Le attribuzioni del Consiglio sono puramente consultive e limitate a casi espressamente indicati, oltre quelli per i quali il Ministero ne creda utile il parere. È sottratto al Consiglio Superiore l'esame dei ricorsi. Ogni altro organo è soppresso.

Le attribuzioni del Ministero sono ricondotte al tipo delle funzioni giuridiche ed amministrative: sono, perciò, soppressi l'esercizio in economia della preparazione dei disinfettanti e della produzione e vendita di sieri e vaccini.

L'Organo centrale esercita, dunque, poteri di ordinanza, di concessioni in senso largo e di controllo, con l'assistenza di un organo consultivo.

È in facoltà del Ministro dell'Interno sia di interpellare su determinate questioni i soli componenti del Consiglio che sono competenti nella materia da esaminare sia di far intervenire nelle adunanze del Consiglio persone ad esso estranee, di riconosciuta competenza.

Amministrazione provinciale.

Le funzioni giuridico-amministrative nella Provincia sono esercitate dal *Prefetto,* con attribuzioni di ordinanza, concessione, controllo.

Il Prefetto è assistito — oltre che da un ufficio tecnico (medico provinciale, veterinario, ecc.) — da un solo organo consultivo: il *Consiglio provinciale* di Sanità, la cui composizione rimane immutata, salva la sostituzione dell'ufficiale sanitario del capoluogo al Procuratore del Re.

Le attribuzioni consultive sono stabilite per casi determinati espressamente, con disposizioni analoghe a quelle del Consiglio Superiore anche per la consultazione di singoli componenti e di persone estranee.

Il veterinario provinciale è addetto all'ufficio sanitario della prefettura come ispettore per il ramo zooiatrico.

Importante innovazione concerne la partecipazione dell'ente Provincia ai servizi sanitari.

In ogni capoluogo sarà istituito, a cura della amministrazione provinciale, un laboratorio di igiene e di profilassi, con una o più sezioni distaccate a seconda delle necessità. Le spese relative saranno a carico della Provincia per un terzo e dei Comuni, in ragione della popolazione rispettiva, per due terzi. Gli attuali laboratori comunali passeranno all'amministrazione provinciale; i Comuni superiori a 150.000 abitanti possono continuare a tenere un laboratorio proprio.

I laboratori hanno due sezioni: l'una medico-micrografica, che funzionerà pure da centro di accertamento diagnostico per le malattie infettive e sociali; l'altra, chimica. Le due sezioni sono coordinate nelle loro funzioni. Vi sono pure addetti vigili sanitari per la vigilanza igienica e le disinfezioni in rapporto ai bisogni locali. Il personale tecnico è nominato in seguito a pubblico concorso, per esami e titoli; identica norma si segue anche per i laboratori comunali.

Al laboratorio provinciale sovraintende il medico provinciale; l'ufficiale sanitario del Capoluogo può valersene per il servizio di sua competenza.

Spetta alla Provincia di provvedere ai servizi antitubercolari, quando non vi provvedano i Comuni o consorzi.

Le Provincie hanno facoltà di integrare i ser-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, consulente legale del nostro periodico.

vizi comunali di assistenza e profilassi, istituendo o sussidiando *condotte ambulanti* e dispensari specializzati nonchè dispensari ed asili od altre forme di provvidenza per la prevenzione e la cura delle malattie sociali. Nei casi di epidemie, il Prefetto può *obbligare* la Provincia a provvedere a questi servizi integrativi.

Le Provincie hanno, altresì, facoltà di provvedere all'impianto ed all'esercizio degli istituti locali di profilassi per isolamento e disinfezione; in certi casi, possono esservi obbligate dal Prefetto.

A questi servizi le Provincie possono provvedere in consorzio.

La deputazione provinciale, nell'esercizio di queste funzioni, è assistita dal medico provinciale.

Amministrazione circondariale.

A norma dell'art. 3 delle nuove disposizioni concernenti la riforma della legge comunale e provinciale (D. 30 dicembre 1923 - *Gazzetta Ufficiale,* 8 gennaio) in ogni circondario, compreso quello in cui ha sede il capoluogo della Provincia, vi è un sotto-prefetto, il quale compie le incombenze che gli sono commesse dalle leggi, esegue gli ordini del Prefetto e provvede, nei casi di urgenza, riferendone al Prefetto.

Esercita anche tutte le altre funzioni che possono essergli delegate.

Il Sottoprefetto agisce, in ogni caso, sotto la sono essergli delegate dal Prefetto.

Il Sottoprefetto agisce, in ogni caso sotto la direzione e il controllo del Prefetto; ma le sue funzioni giuridico-amministrative sono ora di molto aumentate.

In relazione a questo ordinamento, il decreto concernente la riforma sanitaria istituisce *in ogni circondario,* alla dipendenza del sotto-prefetto, un medico circondariale, le cui funzioni sono disimpegnate da un medico provinciale aggiunto e, in sua assenza, dall'ufficiale sanitario del Comune capoluogo del Circondario.

Il medico circondariale si tiene in corrispondenza con gli ufficiali sanitari del proprio Circondario, veglia sul servizio sanitario, ispeziona le farmacie, informa il Sottoprefetto e il medico provinciale di qualunque fatto possa interessare la pubblica salute.

Amministrazione Comunale.

Le attribuzioni del Sindaco, *quale ufficiale del Governo,* rimangono immutate. Così pure non sono sostanzialmente modificate quelle degli organi amministrativi (Consiglio, Giunta e Sindaco quale capo dell'amministrazione), salve le nuove disposizioni della legge comunale e provinciale.

UFFICIALE SANITARIO.

Organo tecnico comunale per la vigilanza igienica è l'*ufficiale sanitario, che deve essere nominato in ogni Comune.* Ove il bisogno lo richieda, il Prefetto può nominare un ufficiale sanitario intercomunale, promuovendo d'ufficio la costituzione del consorzio.

Gli ufficiali sanitari sono considerati come ufficiali governativi e dipendono direttamente, oltre che dal Sindaco, dall'autorità sanitaria circondariale della quale eseguono gli ordini.

Quando sia possibile l'esercizio separato delle funzioni di vigilanza e di assistenza, la nomina dell'ufficiale sanitario è fatta per *concorso,* secondo le norme che saranno stabilite nel regolamento.

Possono partecipare al concorso anche i medici provinciali e i medici aggiunti i quali abbiano prestato almeno 6 anni di servizio effettivo.

L'ufficiale sanitario può essere dispensato dal Prefetto con decreto motivato, udito il C. P. S. «quando sia riconosciuto inabile al servizio e quando la dispensa sia ritenuta necessaria nell'interesse del servizio».

Con le stesse forme il Prefetto provvede al collocamento a riposo dell'ufficiale sanitario. Contro questi provvedimenti è ammesso ricorso al Ministero.

All'ufficiale sanitario, per gli accertamenti e il rilascio dei certificati, che riguardino interesse privato, è dovuto un compenso a carico degli interessati, nella misura e nei casi che saranno stabiliti dal regolamento.

I Comuni devono provvedere alla vigilanza igienica e alla profilassi con personale e mezzi adeguati; i Comuni, Capoluogo di Provincia e quelli di circondario con popolazione superiore ai 20,000 abitanti avranno un ufficio d'igiene.

MEDICO CONDOTTO.

Il servizio di assistenza sanitaria conserva il suo carattere comunale, salve le funzioni integratrici attribuite alla Provincia.

Uno speciale regolamento approvato dalla G. P. A., previo parere del C. P. S., stabilisce il numero delle condotte mediche (e anche di quelle veterinarie, farmaceutiche ed ostetriche) e provvede intorno allo stato giuridico del personale sanitario in analogia alla disposizione dell'articolo 47 del decreto concernente gli ordinamenti amministrativi, in quanto non sia diversamente provveduto dalla legge sanitaria e dal regolamento. A norma del citato art. 47, il regolamento stabilisce anche la retribuzione, i requisiti per la nomina, i doveri, le responsabilità, ecc.

È fatto divieto ai Comuni di istituire condotte per la generalità degli abitanti. I sanitari condotti hanno tuttavia l'obbligo di prestare, se richiesti, la loro opera anche ai non aventi diritto all'assistenza gratuita, in base alle speciali tariffe che saranno all'uopo stabilite dai Consigli degli Ordini dei sanitari ed approvate dal Prefetto.

La G. P. A., sentito il C. P. S. fissa gli *stipendi minimi* dei medici condotti della Provincia, distribuendo all'uopo i Comuni in speciali categorie in relazione all'importanza del servizio, al numero degli abitanti, alle condizioni topografiche, ecc.

I medici condotti hanno l'obbligo di cooperare alla esecuzione dei provvedimenti di igiene e di profilassi che siano ordinati dalle autorità sanitarie e devono disimpegnare in ogni caso il servizio autimalarico e quello di vaccinazione.

Rimangono ferme le norme fondamentali concernenti la nomina: ma la commissione giudicatrice del concorso è nominata dal Prefetto ed è composta nei modi da stabilirsi dal regolamento. Le stesse norme si applicano al personale assunto dalla Provincia per servizi esercitati ad interruzione del Comune.

Il servizio interinale seguito senza interruzione dalla nomina regolare in base a concorso è computato agli effetti del biennio di prova. La dimissione per la fine del periodo di prova è deliberata, almeno tre mesi prima del biennio, con l'intervento di due terzi dei consiglieri o dei membri della rappresentanza consorziale. Contro il relativo provvedimento è ammesso ricorso al Consiglio di Stato.

Nei casi di procedimento disciplinare gli addebiti devono essere contestati; la relativa deliberazione deve essere motivata; per il licenziamento occorrono gravi motivi e l'intervento di due terzi dei consiglieri. Per la sospensione superiore a tre mesi e per il licenziamento si ricorre alla G. P. A., in sede contenziosa; negli altri casi, direttamente al Consiglio di Stato. Nelle more del giudizio non si possono deliberare nomine definitive.

Il Prefetto può sostituirsi al Comune e al consorzio, e provvedere disciplinarmente contro il sanitario condotto, previa contestazione degli addetti. Nei casi di urgenza il Prefetto può sospendere senz'altro il sanitario, salvo il procedimento disciplinare.

Contro questi provvedimenti del Prefetto si ricorre al Consiglio di Stato.

Il sanitario condotto, riconosciuto inabile al servizio, può essere dispensato con procedimento identico a quello del licenziamento. (Analoghe disposizioni riguardano le condotte veterinarie).

Uno speciale elenco, compilato dal Comune e distinto da quello concernente la somministrazione dei medicinali ai poveri, comprende le persone aventi diritto all'assistenza medico-chirurgica ed ostetrica gratuita, secondo le norme che saranno stabilite dal regolamento.

Al servizio di assistenza medico-chirurgica ed ostetrica nei Comuni nei quali non possa essere altrimenti assicurato, il Prefetto ha facoltà di provvedere incaricandone, per il tempo strettamente necessario, uno o più medici condotti esercenti nella Provincia.

CONSORZI.

Ai consorzi sanitari si applicano le nuove norme contenute nel decreto che modifica la legge comunale e provinciale.

I Comuni possono unirsi in Consorzio per qualsiasi servizio pubblico, anche con la partecipazione della Provincia. L'approvazione della costituzione e dello statuto compete al Prefetto o al Ministero dell'interno se gli enti appartengono a Provincie diverse. La costituzione può essere deliberata *di ufficio* dal Prefetto, il quale stabilisce con lo stesso provvedimento lo statuto del Consorzio.

Al Consorzio si applicano, anche per la tutela economica e lo stato giuridico degli impiegati, le norme concernenti la Provincia — se questa ne fa parte — o quelle del Comune che vi partecipa con maggior numero di consiglieri.

***

Esposto così il sistema degli organi e delle funzioni concernenti la sanità e specialmente i servizi di vigilanza e di assistenza medico-chirurgica accenniamo alle nuove norme concernenti

l'esercizio delle professioni sanitarie.

Ciascun Ordine elegge, al principio di ogni triennio, un Consiglio amministrativo di 5 membri se gli iscritti non sono più di trenta e di 7 membri se superano tale numero. Contro le operazioni elettorali si ricorre al Ministero dell'Interno nel termine di giorni 15.

Contro le deliberazioni dell'adunanza generale concernenti la tenuta dell'albo e le punizioni disciplinari si ricorre allo stesso Ministero nel termine di giorni 15.

Il Prefetto esercita la sua sorveglianza su tutto l'andamento e il funzionamento degli Ordini ed in caso di urgenza invia apposito commissario. I Consigli possono, inoltre, essere sciolti quando siano accertate gravi irregolarità nel funzionamento amministrativo o contabile o quando essi persistano a violare gli obblighi imposti dalla legge o svolgano attività che comunque possano turbare il regolare andamento dei pubblici servizi sanitari.

Lo scioglimento e la proroga sono ordinati dal Prefetto, sentito il parere del Consiglio di Prefettura. Contro il relativo decreto si può ricorrere al Ministero nel termine di giorni 15.

Il *Prefetto può sostituirsi al Consiglio amministrativo dell'Ordine per reprimere gli abusi e le mancanze* di cui i sanitari si rendessero colpevoli nell'esercizio professionale.

In tal caso deve essere *sentito* il parere del C. P S. e devono essere contestati gli addebiti con procedimento identico a quello stabilito nei casi di sostituzione del Prefetto ai Comuni per le punizioni disciplinari dei medici condotti.

(Questa disposizione è gravissima dal punto di vista generale dell'autonomia degli Ordini dei sanitari liberi esercenti e anche dal punto di visto pratico).

Speciali disposizioni riguardano i trasferimenti delle farmacie e i ricorsi per materie concernenti l'ordinamento farmaceutico.

***

Diremo nel prossimo numero delle nuove norme riguardanti gli *obbietti* dell'amministrazione sanitaria (igiene del suolo, degli alimenti, ecc.) e della materia contenziosa in sede gerarchica e giurisdizionale, specialmente circa i termini.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per sfatare una leggenda.

I pochi medici amici dei dentisti abusivi e favorevoli a che sia loro concessa una sanatoria stanno sfruttando, a giustificazione dei loro sentimenti, un argomento che sembra irresistibile. Poichè nelle Università italiane non si insegna l'Odontoiatria e il medico che si mette a esercitare questa specialità non la conosce, a lui si deve senz'altro preferire il dentista abusivo il quale «della sua capacità ha dato già larghe prove» (1).

A leggere i loro articoli sembra che in Italia nessuno insegni l'Odontoiatria, mentre vi sono poco meno di trenta docenti, e che nessuno la impari, mentre la grandissima maggioranza dei medici dentisti italiani inizia l'esercizio dopo studi preparatori. Comunque accettiamo la premessa così come viene ad arte formulata poichè, purtroppo, è vero che l'insegnamento dell'Odontoiatria non è obbligatorio nelle Università italiane e che alcuni medici affrontano l'esercizio della specialità senza alcuna preparazione. A costoro — secondo i difensori dei dentisti abusivi — sarebbero di gran lunga preferibili i loro raccomandati.

Anzitutto perchè il paragone riuscisse efficace bisognerebbe almeno dimostrare che l'esercente abusivo abbia avuto un giorno quell'insegnamento dentistico che il medico non ha trovato nei programmi universitarii. Ma se egli può avere appreso nei laboratori, donde proviene, l'odontotecnica, egli ha cominciato a imparare l'odontoiatria il giorno nel quale ha fratturato il primo dente nella bocca di un malcapitato cliente o gli ha applicato un'amalgama sopra una polpa viva o l'arsenico sopra una polpa morta. Se un *operaio meccanico* si è fatto dentista da sè non ci sembra il caso di scandalizzarsi se qualche *medico* crede di poter fare altrettanto.

Ma lasciamo da parte ogni altra considerazione e accettiamo la questione come viene posta dagli avversari. Ebbene: noi sosteniamo che il medico digiuno di odontoiatria è, in ogni caso, decisamente preferibile al dentista abusivo, al cosidetto dentista pratico.

1. Se il medico non ha una capacità specifica a esercitare l'odontoiatria, egli ha una capacità latente a esercitare tutta la medicina e tutta la chirurgia, tanto è vero che la legge lo autorizza a ciò, senz'altre condizioni.

2. Il medico che, subito dopo la laurea, intende iniziare il suo esercizio professionale, a nulla può dedicarsi con minori pericoli e danni pel cliente che all'Odontoiatria. È ridicolo quindi deplorare i medici-dentisti autodidatti e non occuparsi di quelli — e sono molti — i quali appena laureati vanno in condotta o aprono Gabinetti di altre specialità.

3. Le materie nelle quali il medico ignorante di odontoiatria può trovarsi, all'inizio della professione, in condizione di inferiorità rispetto al dentista abusivo sono l'odontoiatria conservativa e la protesi dentaria. Per la chirurgia dentale e peridentale l'ultimo medico neolaureato ne sa mille volte di più del più autorevole dei dentisti abusivi. Nella parte, dunque, più pericolosa della specialità, non v'è dubbio su chi debba cadere la scelta.

Quanto all'odontoiatria conservativa, se si tratta di pura tecnica (cura e otturazione delle carie di primo e di secondo grado), l'ignoranza del medico rischierà per le prime volte di far sputare al cliente dopo pochi giorni l'otturazione ch'egli non ha inserito *lege artis*.

Se si tratta di cure per carie di terzo e di quarto grado il meccanico improvvisatosi dentista (che Dio tenga lontane le polpe dei nostri denti dalle sue mani!) per quanto abile e consumato tecnico egli sia, è sempre in condizioni di enorme inferiorità rispetto al medico digiuno di odontoiatria, perchè i concetti che devono presiedere a queste cure sono — al lume delle recentissime osservazioni — quelli stessi che presiedono ad ogni atto chirurgico e il medico li ha appresi egregiamente nelle aule universitarie. Il meccanico non solo non li conosce ma non è in grado neppure di apprezzarli mancandogli ogni base sulla quale fondare una simile nozione. E sono queste le carie più frequenti, e sono queste le cure che se fatte con soli accorgimenti tecnici rischiano di compromettere la salute e la vita istessa del paziente.

Per l'odontotecnica conveniamo subito che il medico è in condizioni di inferiorità di fronte al meccanico dentista abusivo, ma ciò non può portare — e questo è l'importante — alcun nocumento al paziente. Lasciamo stare che è provato che la coltura generale e l'intelligenza del medico sono di grande aiuto a fare di lui un ottimo odontotecnico in un tempo assai minore di quello necessario a ottenere lo stesso risultato in un garzone di laboratorio. Tanto è vero che tutte le scuole autonome straniere di odontoiatria ammettono il medico direttamente agli ultimi anni del corso, riconoscendo che egli in pochi mesi può mettersi, anche nella odontotecnica, alla pari cogli studenti non medici. Ma, a parte ciò, sta il fatto che anche il medico che conosce l'odontoiatria affida la parte meccanica della specialità all'odontotecnico e altrettanto, a maggior ragione, potrà fare il medico digiuno della materia, senza danneggiare il cliente. Quanto invece ai criteri della scelta e della applicazione dell'apparecchio di protesi, il medico, pel fatto solo della sua laurea, è in condizioni migliori, perchè sono concetti di anatomia, di fisiologia e di igiene che presiedono a questi interventi ed egli, se all'Università non ha appreso l'odontoiatria, ha però studiato quelle materie sostenendo i relativi esami.

Ma al di sopra di tutto ciò, esiste un elemento

---

(1) Dott. L. PERA. *Il Medico Italiano*, n. 15, 1923.

meno ponderabile ma non meno decisivo per dare al medico ignorante di odontoiatria la preferenza sul dentista abusivo. Ed è la sua coscienza. Parliamo di classi, non di individui poichè questi, nell'un caso e nell'altro, possono fare eccezione. Il medico, durante i proprii studi, va formandosi quello stato di coscienza che è la sua caratteristica e la sua forza. La conoscenza delle grandi e nude verità, il contatto con tutte le miserie fisiche e morali che affliggono l'umanità, il senso di responsabilità che si sviluppa in chi apprende un'arte che tanto bene e tanto male può recare ai proprii simili costituiscono le forze plasmatrici del suo animo.

Nulla di tutto ciò ha agito sul dentista abusivo. Egli ha vissuto i primi anni a contatto della materia bruta intento soltanto a compiere il suo lavoro nel modo più preciso per ricavarne un maggior compenso. Poi, spinto da un sentimento che mostra per sè stesso la sua inferiorità morale, si è improvvisato dentista, a scopo di maggior lucro, violando la legge e carpendo la buona fede del pubblico.

Un tale elemento quali garanzie può dare di coscienziosità? Nessuna, e ciò dovrebbe bastare a far tacere gli inopportuni zelatori. Guai se chi esercita l'odontoiatria non ha coscienza, guai! Nessuna specialità medica offre altrettanta messe al professionista senza scrupoli. Buchi se ne possono trovare ovunque nei denti e, in difetto, possono servire da buchi gli spazi interdentali. Necessità per estrarre denti e sostituirli con denti artificiali si possono sempre addurre a clienti ignari od ignoranti. Argomenti non mancano per dimostrare che un costoso apparecchio protesico d'oro è più indicato di uno modesto di vulcanite. Il campo speculativo è sconfinato per chi non ha il freno di una retta coscienza. D'altra parte anche un professionista scrupoloso non può agire nell'esclusivo interesse del paziente se ignora — come è appunto il caso dei dentisti abusivi — la portata degli atti operativi che compie.

Meglio, dunque, mille volte un medico digiuno di odontoiatria che un meccanico impratichitosi in tale specialità. Se però, per questi motivi, riteniamo necessario negare il diritto all'esercizio ai dentisti abusivi, auspichiamo vicino il giorno che tale diritto sia esclusivamente riservato a quei laureati che si siano debitamente specializzati in questo ramo della medicina. G. Coen-Cagli.

Cronaca del movimento professionale.

Prestazioni mediche alla Milizia volontaria per la sicurezza nazionale.

È stata diramata la seguente circolare (n. 97, inserita nella dispensa 20ª del *Foglio d'ordini*) dal Comando Generale ai Comandi di Zona ed a quello del Gruppo autonomo della Calabria:

« L'ordinamento del servizio sanitario della M. V. S. N. si impernia sulla disinteressata opera professionale dei sanitari, spontaneamente offerta e con generoso slancio ed encomiabile zelo spiegata.

Se la classe sanitaria non può partecipare con molti aggregati alla benefica opera affidata alla Milizia, si ha motivo di ritenere, data la ben nota sua benemerenza, che essa sarà lieta di cooperare in qualche modo al compito sanitario alla Milizia congiunto.

È intendimento pertanto di questo Comando Generale costituire presso ogni Zona dei nuclei di medici specialisti consulenti, i quali per la loro competenza potranno vantaggiosamente completare l'assistenza sanitaria alle camicie nere ogni qualvolta gli ufficiali medici addetti al servizio dei reparti e delle unità della Milizia ritengano opportuno avvalersi del competente consiglio e del valido aiuto dei colleghi versati in speciali branche della scienza medica.

Tale cooperazione potrà riguardare la consulenza clinica medica, chirurgica, otorinolaringoiatrica, dermosifilopatica, oculistica, neuropatologica, stomatojatrica, ecc.

Al riguardo i Comandi di Zona, mediante armonici collegamenti con i propri ufficiali medici, provvederanno a prendere opportuni contatti con professionisti specializzati residenti nelle sedi delle Legioni e Coorti dipendenti comunicando poi a questo Comando Generale, per ulteriori disposizioni in merito, le generalità di quelli che hanno aderito all'invito ».

Assicurazioni contro le malattie in Inghilterra.

Abbiamo già dato notizia (1923, fasc. 48, p. 1580) del conflitto sorto in Inghilterra tra i medici delle assicurazioni malattie (in numero di 18,549) e il Ministero della Salute.

I medici hanno minacciato di scioperare; questa attitudine è stata provocata da una diminuzione, proposta dal Ministero, nella misura degli onorari.

Com'è noto, il sistema adottato in Inghilterra è la capitazione od abbonamento: prima della guerra la tariffa era di 7 scellini e 3 pence per assicurato; durante la guerra fu portata a 11; per il 1922 e il 1923 venne ridotta a 9.6 (in seguito ad un aspro conflitto, chiusosi con un arbitrato); per il 1924 il Ministro proponeva di ridurla ancora, a 8.6 per tre anni, ovvero a 8 per cinque anni (a scelta). Sulle quote le Casse d'assicurazione corrispondono solo 4.9; la differenza è coperta per intero dal tesoro pubblico, il quale non è più in grado di sostenere la spesa che ne risulta (da 5,300,000 sterline *ante bellum* si è andati a 35,200,000). Il Ministero della Salute si è

rivolto alle Società mutue (così dette Società amichevoli), che hanno proposto la tariffa *ante bellum*, oppure di esercitare un controllo. È questa una seconda causa del conflitto, poichè i medici stimano intollerabile siffatto controllo. Un terzo fattore dello scontento dei medici è dato dai cattivi risultati pratici avutisi: in una lettera del segretario generale dell'«Associazione Medica Britannica», A. Cox, diretta al Ministro della Salute, si rileva che le assicurazioni dovrebbero garentire la libera scelta del medico e cure soddisfacenti, mentre i due requisiti non sono stati tradotti sufficientemente in pratica dal sistema adottato (Panel System).

Il 17 ottobre 1923 i medici presentarono le dimissioni in massa; il 1º novembre il Ministro offrì 8 scellini e 6 pence per 6 anni, ovvero la tariffa che verrà fissata da un Comitato d'inchiesta arbitrale, salvo la ratifica del Parlamento; il 15 novembre i medici accettarono questa seconda offerta.

Esiste in Inghilterra una «National Medical Union of England, Wales and Scotland» che non ha accettato le assicurazioni statali; il segretario di questa Associazione, E. H. Worth, caldeggia il pagamento a visite, e sostiene che tale sistema farebbe realizzare una forte economia al Governo e lascerebbe più soddisfatti i medici.

Per dare un'idea del formidabile sviluppo assunto dall'assicurazione malattie in Inghilterra basti dire che il bilancio per il 1923 si è elevato ad una somma che, tradotta in lire it., supera i 3 miliardi.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Per la repressione delle frodi del commercio dei vini.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità) ha recentemente diramata una circolare con la quale raccomanda che l'azione dei Prefetti, dei Medici provinciali, dei Sindaci e degli Ufficiali Sanitari nel perseguire i frodatori debba essere intensa, energica, fattiva, e sopratutto continua. All'uopo ha disposto che siano eseguite ispezioni non solo periodiche, ma anche di sorpresa presso i negozi e negli spacci di vino all'ingrosso e al minuto, e che siano effettuati prelevamenti di campioni i quali dovranno essere analizzati con la maggiore prontezza da parte dei laboratori.

Dei provvedimenti adottati e dei risultati conseguiti dovrà essere data notizia mensilmente al Ministero. C.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BUDDUSÒ (*Sassari*). — Condotta medica poveri capoluogo. Stipendio lordo L. 7400; quattro aumenti sessennali decimo; doppia indenn. caro-viv.; L. 500 uff. san. Scad. 30 gennaio.

CHIUSA PESIO (*Cuneo*). — Per S. Bartolomeo; L. 6000 e 4 quinq. decimo; c.-v.; L. 200 arm. farm. Scad. 31 genn.

MARATEA (*Potenza*). — A tutto il 31 gen. Età limite 50. L. 3000 (*sic*); 4 quadrienni di L. 350 e 2 di L. 300; un c.-v. Addizion. di L. 10 ogni povero oltre i 300. Serv. entro 15 giorni.

MOGLIANO (*Macerata*). — Scad. 31 gen. Due cond., di cui una prevalentem. chirurgica, con direz. dell'Ospedale; transitoriam. semi-residenziali. L. 9000, un c.-v., L. 2000 cav., L. 1000 al direttore osped., L. 500 all'uff. san.

MONTECRETO (*Modena*). — Scad. 31 gen. Stip. lire 8000, indenn. trasp. L. 2500.

MONTEGALLO (*Ascoli Piceno*). — Al 31 genn. è nuovam. aperto il conc. alla condotta; L. 5500 obbl. resid., L. 1000 fino a 1000 pov., L. 4500 a *forfait* pei semi-abbienti; addiz. L. 2.50; per cav. L. 2000; 1º c.-v. in L. 1200; quale uff. san. L. 500. Ab. 3337. Età lim. 40. Chiedere annunzio.

POGGIO BUGGIANESE (*Lucca*). — Scad. 31 gen.; 2ª cond.; stip. L. 6000; doppio c.-v. ridotto del 34 %; L. 400 supplenza; L. 2000 cav. In corso nuovo capitolato unico d'accordo con l'A. N. M. C. Rivolgersi al Sindaco.

RIVAROLO DEL RE (*Cremona*). — Residenza lire 7,800; per i primi 1000 poveri L. 2000; trasporto L. 1500; uff. san. L. 300; ambulat. L. 300; c.-v. Certificato di pratica ospedaliera o di condotta per un anno oppure titolo equipollente (*sic.*). Proroga ore 12 dal 29 febbr.

S. LEO (*Pesaro-Urbino*). — Tre condotte (capoluogo e frazioni). Proroga al 31 gen.

S. MINIATO (*Firenze*). — Scad. 31 gen. Per Cigoli. Tassa di concorso L. 50. Chiedere altre condizioni alla Segreteria comunale.

SCIARA (*Palermo*). — Stip. L. 5000, senza c.-v. (*sic.*); per uff. san., L. 500. Scad. 31 gen.

VELLETRI (*Roma*). *Congregazione di Carità*. — Direttore Ospedale; L. 10,000, c.-v., 4 quadrienni decimo, 40 % provento operazioni chirurgiche, con facoltà di revisione. Età lim. 30-45. Situaz. fam. Serv. entro 15 g. Rivolgersi Presid. Scad. 25 gen.

VENEZIA. *Congregaz. di Carità*. — Medico direttore dell'Ospedale di S. Marco, pei tubercolotici, in Isola di Sacca Sessola. Facoltà di esercitare la consulenza. Biennio di prova. Ufficio fino al 65º anno. Età massima 45 anni; Stip. lire 14,000; disag. resid. e trasferta L. 2000; alloggio. Domande al Protocollo dell'Ospedale Civile non oltre le ore 17 del 25 gen., accompagnate da cartolina-vaglia di L. 50 intestata al Tesoriere dell'Ospedale Civile, quale tassa di ammissione. Esercizio almeno sessennale, di cui tre di servizio effettivo in sanatorii od altre opere antitubercolari. Servizio entro un mese dalla nomina.

VICENZA. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario-Medico capo del capoluogo; L. 12,000; aumenti triennali; indenn. di carica L. 2000; caro-viv. Scad. 31 gennaio. Rivolgersi alla Prefettura.

Diffide e boicottaggi.

Revoca di diffide: Bagno di Romagna e Verghereto (Forlì).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Dopo il ritiro voluto dalla legge del venerato sommo clinico prof. Antonio Cardarelli, e in seguito al passaggio dell'on. prof. Pietro Castellino dalla 2ª alla 1ª Clinica Medica Generale di Napoli, il prof. Giuseppe Zagari, su voto della Facoltà Medica, è nominato Direttore della 2ª Clinica Medica Generale e Semeiotica.

Formatosi alle scuole di Cantani e di Cardarelli, egli ha percorso brillantemente la carriera universitaria, passando per le Università di Perugia, Sassari e Modena, e dovunque affermandosì con le sue qualità di clinico che sa tenere in equa misura i dati dell'esame diretto del malato e le indagini di laboratorio. I suoi lavori dimostrano la larghezza della concezione e l'accuratezza nei particolari governati da critica sobria. Egli si è affermato lavoratore attivo, tenace, coscienzioso, maestro ai giovani, di sapere e di rettitudine.

Rallegramenti cordialissimi all'illustre clinico e nostro amico.

Il prof. Paul Hoffmann è stato chiamato alla cattedra di fisiologia di Friburgo (Germania) quale successore di V. Kries.

IN QUALE ESTIMAZIONE È TENUTO IL "POLICLINICO,,.

Ci sia consentito di riportare alcuni dei moltissimi giudizi e apprezzamenti che ci sono pervenuti in occasione del rinnovo degli abbonamenti: questo plebiscito di encomi, anche troppo lusinghieri, costituisce il più ambito premio alla redazione ed all'amministrazione. Esso induce e incoraggia a perseverare nell'ardua ma lieta fatica che ci siamo eletta; ad intensificare i comuni sforzi, diretti a rendere il periodico sempre più efficiente e più utile alla classe medica.

L'AMMINISTRAZIONE.

Il dott. Giovanni Barbera, di Mola di Bari, scrive:

«Mi affretto ad inviarle l'abbonamento pel 1924 al *Policlinico*, periodico che non dovrebbe mancare sulla scrivania dei medici illuminati e filantropi e non mestieranti ed empirici. Auguri».

Il dott. Luigi Simonetto, di Camposampiero (Padova), scrive:

«Il *Policlinico* diventa sempre più accetto a noi Medici Condotti e dirò quasi necessario. Auguro che ogni medico ne divenga fedele abbonato».

Il dott. Giuseppe Guccione, di Pozzallo (Siracusa), scrive:

«Auguri all'insuperabile Rivista, indispensabile ad ogni medico che vuol seguire i progressi scientifici e tecnici».

Il dott. Arturo Antognoli di Montebaroccio (Pesaro), scrive:

«Debbo esprimere il senso di soddisfazione che provo ogni volta che vedo nella posta il Settimanale.

Esso porta la parola dei nostri maestri, che ricorderò sempre, e quella degli studiosi, che fa riflettere ed insegna.

Questo Giornale, che costa di certo molte cure ed interessamento, viene custodito, separatamente e nel complesso, come e più di un'opera medica; e se pure non lo si può sempre leggere, costituisce uno dei migliori e forse unici mezzi di consultazione per averne quell'indirizzo di cui tanto abbiamo bisogno nella nostra arte.

Ringrazio qui di vero cuore l'Amministrazione ed i collaboratori dello stimato Periodico».

Il dott. Cesare Beltramini di Fontanile (Alessandria), scrive:

«Invio al *Policlinico* un'infinità di auguri per una maggiore prosperità, perchè son sicuro di trovare sempre nella lettura di esso il pane intellettuale necessario al medico condotto».

Il dott. Antonio Marazzano di Calice Cornoviglio (Massa Carrara):

«Sempre più convinto degli utili servizi che il *Policlinico* rende ai medici tutti e a quei lontani dai centri di coltura e di esercizio, rinnovo l'abbonamento alla Sezione Pratica augurando ogni prosperità».

Il dott. Vittorio Liverani di Montiano (Forlì), scrive:

«Compiacendomi del magnifico sviluppo del Giornale, che di settimana in settimana attendo con ansia crescente, rinnovo l'abbonamento per l'anno 1924, con i migliori auguri».

Il dott. Mariano Amicarella di Acciano (Aquila), scrive:

«Da venti anni fedele abbonato al *Policlinico*, uno dei migliori periodici di classe, gli conservo sempre la mia stima e fiducia plaudendo all'opera solerte, scientifica e pratica della Redazione che si è acquistata l'ammirazione della classe medica».

Il dott. Camillo Antonini di Garbagna (Novara), scrive:

«Alla Sezione Pratica del *Policlinico*, che trovo di mia grande utilità nella pratica medica...».

Il dott. Luigi Flori di Amantea (Cosenza), scrive:

«Invio i migliori auguri per il Giornale Serie Pratica, conciso, completo».

Il dott. Francesco Dainotto di Villarosa (Caltanissetta), scrive:

«Rinnovo l'abbonamento al pregiato giornale *Il Policlinico*, che tante meritate simpatie riscuote dal corpo medico».

Il dott. Giuseppe Donato di Taranto, scrive:

«I migliori auguri per Lei e pel *Policlinico* del quale nessun medico italiano dovrebbe fare a meno, perchè è l'unico in Italia che rispecchia fedelmente il movimento scientifico contemporaneo e che, nel contempo, sia pratico».

NOTIZIE DIVERSE.

Convegno di medicina legale.

In questi giorni si è tenuto a Roma, sotto la presidenza del prof. Salvatore Ottolenghi, nell'Istituto di Medicina Legale, un convegno dell'Associazione Italiana di Medicina Legale, convegno inauguratosi il 4 gennaio colla commemorazione del prof. Lorenzo Borri, tenuta dal prof. Cesare Biondi, della R. Università di Siena. Parteciparono al convegno quasi tutti i professori di Medicina Legale delle Università italiane.

Furono svolte importantissime relazioni: «Sulla posizione della Medicina Legale nel nuovo ordinamento universitario» (relatore prof. Cevidalli); «Sull'organizzazione dei servizi medico-legali e di Antropologia criminale nelle carceri» (relatori proff. Ottolenghi e Lattes); «Sui rapporti della Medicina Legale nelle organizzazioni di assicurazioni sociale ed infortunistica» (relatore prof. Perrando); «Sulle perizie» (relatori proff. Moraini e Pellegrini), argomenti che hanno importanza nell'insegnamento e nell'amministrazione della Giustizia .

L'on. Ferri, che partecipò attivamente a tutte le sedute, il prof. Carrara, vice-presidente dell'Associazione, e i proff. Ottolenghi, Cevidalli e Moriani, presentarono importanti ordini del giorno ai Ministri Oviglio e Gentile, riguardanti la Medicina Legale negli esami di Stato, nelle Facoltà di Legge e di Medicina. Il Ministro Guardasigilli dimostrò di preoccuparsi altamente delle caratteristiche che deve avere l'esame di Stato per l'esercizio della professione forense *perchè tale esame sia esperimento che dimostri realmente la conoscenza pratica dell'argomento* tanto più in materia medico-legale, la cui cognizione è tanto necessaria agli avvocati e ai magistrati. E non meno interessanti ordini del giorno furono votati riguardanti la necessità dei servizi antropologici penitenziari nelle carceri e l'insegnamento della medicina legale per gli studenti di giurisprudenza e la necessità di materiale cadaverico per l'insegnamento della medicina legale.

L'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale.

Il prof. Ettore Levi, presidente dell'Istituto, ha visitato l'on. Mussolini, il quale ha dato il proprio consenso ad alcune proposte pratiche avanzategli ed ha confermato il suo fervido interessamento alla difesa dal patrimonio umano della Nazione.

Al prof. Levi sono pervenute lettere di plauso e d'incoraggiamento dagli on. Luzzatti, Acerbo, Olivetti, Bartoli, Grandi, D'Aragona; dai senatori Marchiafava, Bianchi, Ciraolo, Da Como; dal comm. Bargoni; dal prof. Monfredi; va segnalata quella di Augusto Murri.

Per iniziativa del sen. Da Como, la Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali ha assunto il patronato dell'Istituto.

Per il sen. Mangiagalli.

Si stava preparando a Milano una riunione conviviale per festeggiare nel sen. Mangiagalli il primo Rettore dell'Università di Milano. Il sen. Mangiagalli, avutone sentore, ha diretto alle persone che vi avevano prontamente aderito — in numero di 240 — una cordialissima lettera, con la quale prega di rimandare il banchetto al nuovo anno, quando verrà inaugurata l'Università, e intanto di versare la somma raccolta al fondo della pubblica sottoscrizione che sarà aperta per l'Università.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ALTRI ABBONAMENTI CUMULATIVI con "il POLICLINICO" pel 1924

Rivista di Clinica Pediatrica

La **Rivista di Clinica Pediatrica**, periodico mensile illustrato, si pubblica a Firenze.
Fondata dai proff. **Giuseppe Mya** e **Luigi Concetti** nel 1903, non ha mai interrotto le sue pubblicazioni, anche nei momenti più difficili della guerra e dell'immediato dopo guerra. È ora diretta dai proff. **CARLO COMBA, G. B. ALLARIA, CARLO FRANCIONI, DANTE PACCHIONI**, ordinari di Clinica Pediatrica rispettivamente a Firenze, Torino, Bologna e Genova.

Continuando a pubblicare memorie originali, la *Rivista di Clinica Pediatrica* nel 1924 darà speciali cure alla rubrica della rassegna della stampa preoccupandosi di fornire al lettore una raccolta, per quanto è possibile completa, di ciò che si pubblica in Italia ed all'Estero, intorno alle malattie dei bambini. Essa si preoccuperà delle importantissime questioni sociali che hanno rapporto coll'infanzia e ne terrà informati i suoi lettori.
Sarà poi corrisposto alle esigenze dei medici esercenti mediante la trattazione di argomenti e la raccolta di notizie, che hanno attinenza più stretta colla pratica professionale.
La *Rivista di Clinica Pediatrica* nel prossimo anno manterrà la sua elegante e nitida veste tipografica ed aumenterà nei limiti del possibile il numero delle sue pagine.

Abbonamento annuo: per l'Italia L. **30** — per l'Estero L. **60**. Per gli associati al "Policlinico": per l'Italia sole L. **27** — per l'Estero sole L. **55**.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle

Il più antico periodico della specialità in Italia ed all'Estero, fondato dal dott. cav. **G. B. Soresina** nel 1866, pubblicato dal dott. **AMBROGIO BERTARELLI** con la collaborazione di tutti i professori delle Cliniche Dermosifilopatiche italiane. Si pubblica ogni due mesi, in sei ragguardevoli fascicoli bimestrali, riccamente illustrati, e raccoglie l'attività che si svolge in Italia ed all'Estero nel campo della Dermosifilopatica con la pubblicazione sia di lavori originali che di numerose, selezionate recensioni. Pubblica altresì gli atti della Società Italiana di Dermatologia e di Sifilografia. È l'unico periodico della specialità in Italia.
Abbonamento annuo pel 1924: per l'Italia L. **50** - per l'Estero Fr. **70** (oro) - Per gli associati al "Policlinico": per l'Italia sole L. **45** - per l'Estero soli Fr. **65** (oro).

La Clinica Ostetrica

Rivista mensile illustrata di ostetricia, ginecologia e pediatria, per i medici pratici, fondata dal prof. **Felice La Torre**, diretta dal prof. **PAOLO GAIFAMI** della R. Università di Roma.
La Clinica Ostetrica pubblica **contributi originali, riviste generali e analitiche, resoconti di congressi, bibliografie, cronaca**; esamina e dibatte ampiamente **questioni cliniche e scientifiche** e **d'interessi professionali**; fa posto alla **consulenza**; ha precipuamente di mira i bisogni dei **medici non specializzati**.
Abbonamento annuo: Italia L. **20** - Estero L. **26** - Per gli associati al "Policlinico": Italia L. **16** - Estero L. **20**

Numero di saggio gratis a richiesta

Annali d'Igiene

Periodico mensile diretto dal prof. sen. **GIUSEPPE SANARELLI** della R. Università di Roma. Accoglie *memorie originali, studi riassuntivi, questioni del giorno* e una densa rubrica di *recensioni*, che rispecchiano tutto il movimento igienico internazionale; reca informazioni di *legislazione, amministrazione e giurisprudenza sanitaria* e *notizie varie*.
In densi fascicoli illustrati e corredati di tavole.
Gli "Annali d'Igiene" pubblicano anche ricche *monografie*, in forma di "Supplementi", e ne fanno dono agli abbonati.
Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al "Policlinico": Italia L. **36**; Estero L. **55**.
Ai medici condotti associati al "Policlinico" gli "Annali d'Igiene" sono offerti al prezzo di eccezionale favore di L. **30**; ma per ottenere ciò essi dovranno rivolgersi **esclusivamente** alla nostra Amministrazione, in via Sistina, 14.

Numero di saggio gratis a richiesta

"La Stomatologia" - Periodico mensile

Organo ufficiale della Federazione Stomatologica Italiana

Fondato nel 1902 dalla Federazione, oltrechè tenere al corrente il lettore di tutti i moderni progressi scientifici e pratici della specialità, si occupa degli interessi professionali della classe degli stomatoiatri italiani.
E' diretto dal prof. **Alessandro Arlotta** e vi collaborano i più eminenti cultori italiani della specialità.
Abbonamento annuo per l'Italia L. **60** - Per gli associati al «Policlinico»: Per l'Italia sole L. **54**

La Salute e l'Igiene nella Famiglia

Questa interessante rivista si è ormai affermata brillantemente sia in Italia che nelle nostre colonie all'estero per l'utilità del suo contenuto. Essa è diretta dal dott. ESCHILO DELLA SETA e vi collaborano parecchi valorosi colleghi. LA SALUTE E L'IGIENE NELLE FAMIGLIE è una lettura gradita per la sua varietà scientifica alla portata di tutti e grandemente proficua.
Costa L. **12** — Per gli associati al «Policlinico» sole L. **10**.

Inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA

ANNO XXXI Roma, 28 Gennaio 1924 Fasc. 4

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. G. SANARELLI.
ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. A. ZERI.

Il batteriofago nella terapia del tifo addominale

pei dottori ALESSANDRINI ALESSANDRO, assistente ordinario nel R. Istituto d'Igiene, e DORIA RAIMONDO, assistente ordinario nel R. Istituto di Patologia medica.

Dalle feci di convalescenti di dissenteria bacillare D'Hérelle (1) per il primo ha isolato un particolare principio il quale, aggiunto a culture recenti di bacilli dissenterici, ha la proprietà di disciogliereli. A questo agente litico D'Hérelle ha dato il nome di *Bacteriophagum intestinale*, ritenendolo un ultra microbo parassita dei microbi stessi, poichè una goccia di una cultura lisata, trasportata in altra cultura recente ne provoca la lisi, e il fenomeno si ripete in serie indefinita.

Il fenomeno della lisi trasmissibile in serie era già stato osservato precedentemente da qualche altro autore (Hankin (2), Haffkine, Twort (3)), senza che ne venisse compresa tutta l'importanza; sicchè forse sarebbe ancora quasi ignorato senza gli studi geniali di D'Hérelle. Nel corso di pochi anni, sono state compiute numerosissime ricerche su l'argomento, le quali non tutte sembrano confermare l'ipotesi del D'Hérelle sulla natura del batteriofago, sebbene questa ipotesi appaia anche al presente di gran lunga la più probabile. Così, per citare le principali teorie al riguar-

do, Bordet e Ciuca (4) ammettono che si tratti di una *variazione* nutritiva, ereditaria e contagiosa, che rende i microbi autolisabili; Bail (5) pensa che il batteriofago sia costituito da masse cromatiche che si sono rese libere durante la divisione della cellula microbica, le quali conservano la capacità litica verso il carioplasma, avendo però perduta quella ricostruttiva (*scorie* o *splitters*); Pico (6) ritiene che la lisi consista essenzialmente in un'attivazione dell'autolisi normale dei batteri, ed ha interpretato la trasmissibilità come una rigenerazione del principio litico (di natura fermentativa), a spese della disintegrazione dei microbi stessi; Otto e Munter (7), essendo riusciti ad iniziare la lisi trasmissibile trattando i batteri con vari agenti fisici e chimici, ritengono che essa dipenda da modificazioni che avvengono nei batteri stessi; infine Lisbonne e Carrère (8), affermano che la lisi trasmissibile è opera di fermenti attivati dall'antagonismo microbico.

Qualunque sia la natura del batteriofago, virus configurato o fermento, sta il fatto che esso può essere isolato oltre che dalle feci, da numerosissimi altri materiali organici ed inorganici (urine, pus, essudati, estratti di tessuti, siero, terreno, acqua) ed è quindi ubiquitario.

***

La scoperta di questo principio litico fece concepire sino dall'inizio grandi speranze di applicazioni pratiche, soprattutto terapeutiche, nell'intento di vincere le malattie infettive col distruggere i rispettivi batteri specifici.

Nel 1920 Metalnikow (9) ha osservato che le larve di Galleria Mellonella, sensibilissime all'azione di germi saprofiti ed anche a quella di taluni germi patogeni, specialmente di provenienza intestinale, inoculate con una piccola dose di B. di Shiga, sopravvivono all'infezione quando abbiano ricevuta una piccola quantità di lisato batteriofagico antishiga mezz'ora prima o dopo l'inoculazione.

Queste osservazioni confermano i resultati ottenuti da D'Hérelle (10) nella *tifosi aviaria* e nel *barbone bufalino*.

D'Hérelle (11), per il primo, ha pure tentato la terapia batteriofagica nell'uomo affetto da dissenteria bacillare. Si tratta di 8 casi di dissenteria da B. di Shiga nei quali furono somministrati per ingestione 2 cc. di un batteriofago antishiga preparato da oltre un mese. Dopo 24-48 ore si notò un miglioramento nello stato generale, una notevole diminuzione del numero delle scariche alvine e dopo due o tre giorni l'inizio della convalescenza.

Questi felici tentativi di D'Hérelle hanno invogliato a proseguire ed estendere le ricerche di terapia batteriofagica, la quale fu provata in altre malattie infettive, come la febbre tifoide, le infezioni stafilococciche, le infezioni da coli.

Beckerick e Hauduroy (12) durante una epidemia di febbre tifoide hanno trattato 10 casi col batteriofago antitifico somministrandolo per bocca e per iniezione sottocutanea. Due vennero a morte, ma si trattava di casi molto gravi: gli altri pare ne avessero giovamento. Nei casi favorevoli si sarebbe avuta la apiressia entro le 24-72 ore.

Bruynoghe, Maisin (13), Gratia (14), Beckerick e Hauduroy (12) riferiscono di avere ottenuto buoni risultati contro foruncoli e favi, usando lisati batteriofagici antistafilococcici. Il processo di guarigione sarebbe notevolmente accelerato e i focolai si riassorbirebbero o si detergerebbero rapidamente, spesso senza lasciare cicatrici.

Recentemente Barbosa (15) riferisce intorno a tre casi di affezioni stafilococciche varie (foruncolosi, ascesso, pielonefrite) trattati con batteriolisato antistafilococcico. In tutti e tre i casi si ebbe rapida guarigione.

Da Costa Cruz (16) ebbe risultati favorevoli in una epidemia da dissenteria bacillare.

Courcoux, Philibert e Cordey (17), nel 1922, trattarono una pielonefrite gravidica con batteriofago anticoli, che aveva lisato il B. coli isolato dalla malata e lo iniettarono sottocute e in vescica. In meno di una settimana la febbre scomparve.

Per contro alcuni altri autori non avrebbero ottenuti resultati favorevoli. Così Otto e Munter (18) i quali, in collaborazione con Friedmann, hanno tentato la cura del tifo e della dissenteria bacillare nell'uomo con un batteriofago attivo contro il b. tifico, il b. Flexner e il b. Y, somministrandolo per bocca o per clistere, non hanno potuto convincersi dell'utilità del batteriofago stesso che, secondo loro, nell'attraversare lo stomaco, a causa dell'acidità gastrica diminuisce assai di attività. Questi autori avevano concepito vive speranze avendo osservato che, poche ore dopo la somministrazione del lisato, il sangue acquista una discreta capacità litica.

Anche Appelmans (19) confuta i resultati di D'Hérelle, affermando che, fatta eccezione per alcuni casi di infezione stafilococcica, nessun valore terapeutico, o per lo meno molto scarso, si può riconoscere al batteriofago.

***

Sulla terapia batteriofagica sino ad oggi, per quanto ci consta, non sono state pubblicate altre osservazioni. Lo studio meritava perciò di essere ripreso, e, sapendo che molte volte la riuscita di un metodo è subordinata a speciali modificazioni e miglioramenti di tecnica, ci siamo proposti di sperimentare il valore terapeutico di un principio litico polivalente antitifico da noi preparato, nell'intento che esso spiegasse la sua completa attività sopra un discreto numero di stipiti di bac. tifici, il che non avviene o solo eccezionalmente per i batteriofagi adattati ad un solo stipite.

Uno stipite di batteriofago fu isolato da uno di noi (dott. Alessandrini) dalle feci di un convalescente di febbre tifoide nel marzo 1922. Dieci giorni prima del prelevamento delle feci, fu isolato in cultura pura dal sangue dello stesso malato il bac. tifico che servì per le prove di batteriofagia. Poichè il massimo di attività del principio litico per il microbio infettante, corrisponde in generale all'inizio della defervescenza (20), fu in questo periodo che vennero raccolte le feci del paziente.

La tecnica adoperata per l'isolamento del principio litico è stata un po' diversa da quella indicata primitivamente da D'Hérelle, in quanto le prove di batteriofagia furono eseguite a temperatura ambiente e non già in termostato a 37°.

Si è così proceduto: 5 gr. di materiale fecale furono emulsionati in 50 cc. di brodo comune e l'emulsione fu tenuta in termostato a 37° per 12 ore. Avvenuta la disgregazione del materiale per opera delle fermentazioni batteriche, si eseguì una prima filtrazione attraverso terra da infusori, poi attraverso candela Chamberland L_2. A diversi tubi contenenti ciascuno 5 cc. di brodo sterile si aggiunsero quantità varie (da 0.1 a 1 cc.) del filtrato, si seminarono in ciascun tubo 2 gocce di una emulsione batterica recente, e i tubi furono lasciati a temperatura ambiente. Nelle prime 4-6 ore i tubi si andarono intorbidando uniformemente, ma, dopo 24 ore, mentre i tubi di controllo erano fortemente torbidi, i tubi contenenti filtrato erano completamente limpidi e non presentavano alcun sedimento.

Questa tecnica è, secondo noi, molto più sensibile, permettendo di mettere in evidenza delle lisi che passerebbero inosservate a temperatura di termostato, per il rapido sopravvento delle culture secondarie. Trovammo che il lisato era alquanto attivo verso alcuni stipiti di tifo, e poco o nulla verso altri. Però mediante numerose prove di batteriofagia e successive filtrazioni, usando sempre per un dato stipite il filtrato ottenuto dallo stipite corrispondente, si giunse al punto da avere lisi completa con 5 stipiti di tifo in 6-8 ore, mentre le colture secondarie apparivano molto tardivamente (dopo molti giorni).

Con uno di questi lisati ripetemmo le prove di batteriofagia e relative filtrazioni successivamente con tutti e cinque gli stipiti di tifo e giungemmo così ad ottenere un principio litico polivalente che lisava in meno di 10 ore, uno qualunque di questi cinque stipiti, o anche una loro miscela.

Ci preoccupammo poi di verificare per quanto tempo durasse l'attività di questo lisato batteriofagico polivalente. Abbiamo osservato che esso conserva la sua primitiva attività per un periodo di tempo variabile da 4 a 5 mesi. È tuttavia possibile riportarlo alla attività iniziale mediante successive prove di batteriofagia e filtrazioni. Dopo un anno, l'attività, benchè diminuita, è tuttavia ancora notevole.

***

I lisati batteriofagici sono poco tossici, e si possono somministrare in dosi abbastanza elevate.

I conigli tollerano l'iniezione sottocutanea di 2 cc. di lisato batteriofagico antishiga e anche più per kg. di peso senza disturbo alcuno, come anche noi abbiamo controllato.

Da una serie di nostre osservazioni nei conigli risulta però che un lisato batteriofagico antishiga preparato 48 ore prima della inoculazione presenta una notevole tossicità ed è quindi opportuno, per non dire necessario, che il lisato subisca un certo invecchiamento prima di essere inoculato a scopo terapeutico. Anche per l'uomo il batteriofago antishiga si dimostra innocuo. Sia per ingestione, che per via sottocutanea o endomuscolare si possono somministrare vari cc. di principio litico senza provocare alcun disturbo.

È noto come l'iniezione sottocutanea di bacillo di Shiga ucciso con un qualunque procedimento non può essere eseguita per le reazioni di estrema violenza che essa produce, a cagione della sua grandissima tossicità, ed è per questo che sino ad oggi non si è potuto applicare il metodo della vaccinazione antidissenterica, come si pratica la vaccinazione antitifica, anticolerica, ecc. Ma basta porre a contatto una brodocultura di bacilli dissenterici con un batteriofago antishiga perchè si ottenga un lisato completamente inoffensivo. Ciò dimostra che i fermenti del batteriofago hanno profondamente modificata la

sostanza dei corpi batterici ed anche le tossine libere, degradando le rispettive proteine al di là del limite di tossicità, e forse anche di quello di specificità. Tale questione però che involge il complesso e ancora poco studiato problema del potere antigene del batteriofago, non è qui il luogo di trattare.

Una simile degradazione si avrebbe anche nei germi morti, per effetto delle autolisine, secondo Centanni, e si giungerebbe così alle sue *stomosine*: però qui si tratta di un semplice fenomeno di autolisi, quale fu studiato già fin dal 1889 dall'Emmerich e dal Löw, e che, a quanto sembra, non ha che vedere con la lisi prodotta dal batteriofago. Per gli altri germi meno tossici è da ritenere che il rispettivo lisato sia ancora più innocuo. D'Hérelle infatti si è inoculato sottocute 1/2 cc. di batteriofago antipestoso e 1/2 cc. di batteriofago antitifico, ed Eliava 1/2 cc. di batteriofago antistafilococcico, senza inconvenienti. Anche noi abbiamo voluto accertarci della innocuità del nostro batteriofago antitifico prima di somministrarlo agli ammalati. Il dott. Doria ne ha ingerito ripetute volte senza risentirne molestia alcuna. I conigli ne hanno tollerati fino a 2 cc. per kg. di peso nelle vene senza danno.

***

Il problema delle vie seguite dal batteriofago introdotto nell'organismo è in stretto rapporto con lo studio del suo valore terapeutico. D'Hérelle ha potuto stabilire che il batteriofago somministrato sia per ingestione che per iniezione dopo alcune ore si ritrova nell'intestino. Esso si elimina rapidamente se non viene a contatto col batterio verso il quale è attivo: permane al contrario e mantiene la sua attività se nell'organismo è presente questo batterio. D'altro canto il batteriofago non rimane strettamente localizzato nell'intestino, perchè ad un dato momento si ritrova in circolo. D'Hérelle in esperienze eseguite nei ratti aveva messo in evidenza che in questi animali, infettati per ingestione con uno stipite virulentissimo di B. typhi murium, il batteriofago si ritrova transitoriamente nel sangue, prelevato con puntura dal cuore fra il 4° e 6° giorno di infezione. Dai ratti nei quali si potè constatare la presenza del batteriofago in circolo fu isolato dall'intestino un batteriofago attivissimo contro l'agente etiologico, e di più tutti questi animali scamparono all'infezione.

D'Hérelle ha pure osservato che dopo l'ingestione di un batteriofago questo compare negli essudati leucocitari. Kabeshima dopo una iniezione endovenosa di batteriofago negli animali lo ha ritrovato nella cistifellea.

Recenti ricerche istituite da Appelmans (21) dimostrano che il batteriofago iniettato negli animali per via sottocutanea passa nel sangue, dove soggiorna per breve tempo; si elimina attraverso i reni e l'intestino. Il tempo di permanenza nell'organismo varia con la dose inoculata, ma dopo cinque giorni non se ne rinviene più traccia: solo la milza può contenerne ancora quantità notevoli.

***

Il nostro lisato batteriofagico polivalente è stato somministrato in 18 casi di tifo controllati con emocultura e sierodiagnosi.

Col germe isolato è stata fatta la prova di batteriofagia. Gli infermi erano ricoverati in vari padiglioni del Policlinico e nel R. Istituto di Patologia Medica.

La somministrazione del lisato fu fatta:

a) per via orale soltanto, in due casi;

b) per via orale e sottocutanea in otto casi;

c) per via orale e endomuscolare in quattro casi;

d) per via orale e endovenosa in quattro casi.

La via endovenosa è stata da noi per primi tentata.

Tenendo conto delle osservazioni di D'Hérelle, Gratia, Bail ed altri, secondo le quali la somministrazione ripetuta di batteriofago provocherebbe la comparsa nel siero di sostanze antibatteriofagiche, abbiamo somministrato in una sola volta la dose ritenuta sufficiente. Così si sono comportati anche gli altri autori citati, ad eccezione di Da Costa Cruz.

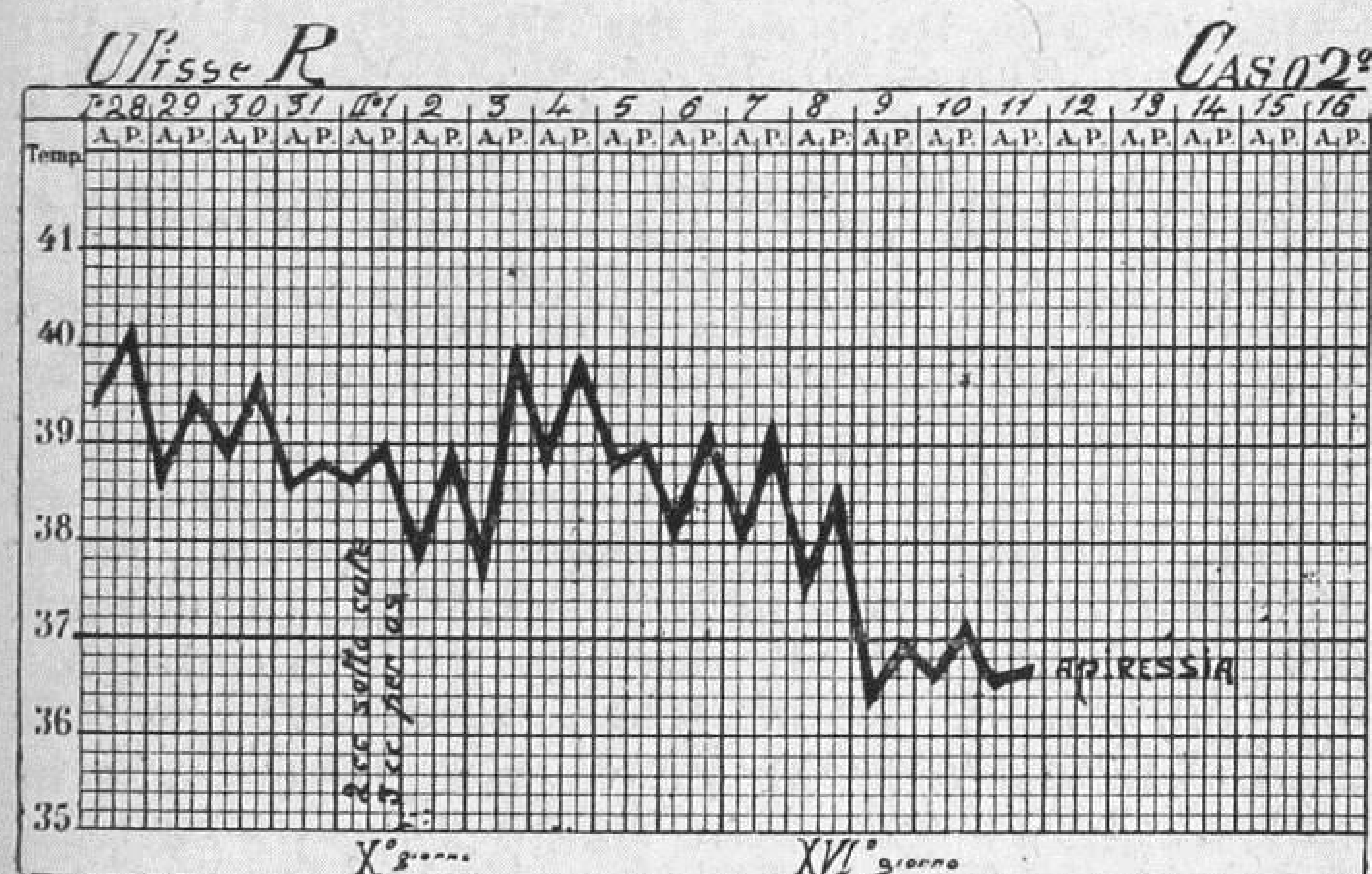
Di questi 18 casi sette erano gravi, sette di media gravità e quattro lievi.

CASO I. — V. Genoveffa (V Padig.), di anni 17. Ha febbre dal 1° gennaio. Entra il 9 gennaio (11° giorno circa di malattia) con febbre continua che raggiunge i 40 gradi. Widal + 1 : 400 × B. Ebert. Il 16 gennaio alle ore 9, già in periodo anfibolo, con temperature serali intorno a 39°, riceve per os 4 cc. di batteriofago. Il 16 sera ha 38°.7, il 17 sera 38°.7, il 18 sera 38°.3, il 19 sera 37°.3. Il 20 è sfebbrata completamente e le condizioni generali sono rapidamente migliorate. Il 24 gennaio Widal + 1 : 200.

È degno di nota che un'altra inferma, D. Emma, di anni 21, vicina di letto della precedente, entrata nell'ospedale il 9 gennaio in 15ª giornata circa di malattia, con Widal + 1 : 400 nel tifo, già in periodo anfibolo, aveva il 16 gennaio temperatura serale intorno a 38° e non le fu somministrato il batteriofa-

go, ritenendo che un eventuale miglioramento fosse poco dimostrativo. Questa inferma, non trattata, sfebbrò completamente soltanto il 24 gennaio; in tal giorno presentava una Widal + 1 : 50.

CASO II. — R. Ulisse (IV Padig.), di anni 16, facchino. Dal 22 gennaio febbre, lieve diarrea, lieve tosse senza escreato. Entra in ospedale il 28 gennaio (circa 6° giorno di malattia) in condizioni piuttosto gravi. Lieve stupore, cianosi delle labbra e dei pomelli. Labbra e gengive fuligginose, lingua impaniata. Non efflorescenze. Polso 112 molle, ritmico, piccolo. Respiro 32. Addome meteorico. La milza non si palpa nettamente. Lieve albuminuria. Leucociti 4800. Il 31 gennaio emocultura in bile positiva. Il 2 febbraio Widal positiva pel tifo 1 : 1600. Il 1° febbraio le condizioni permangono gravi: compare qualche macchia di roseola sull'addome. La milza si palpa sotto l'arco. La temperatura si è mantenuta continuo-remittente fra 38°.5 e 40°. Il 1° febbraio nelle ore antimeridiane si somministrano per os 5 cc. di batteriofago; alla sera la temperatura era di 39°. Il 2 mattina 37°.7, il 3 mattina 37°.5. Poi la temperatura ritorna continua ed alta, senza remittenze, per qualche giorno. Il 6 inizia l'anfibolismo. Dal 9 defervescenza completa. Dal 2 in poi l'infermo è più vigile ed ha maggior senso di benessere.



CASO III. — A. Natale, anni 22, falegname (IX Padiglione). Febbre continua dal 25 aprile. Condizioni generali depresse. Febbre continua fra 39° e 40° con rare remittenze. L'8 maggio emocultura + pel tifo. Prova di batteriofagia: lisi debole. Il 10 maggio riceve 2 cc. di batteriofago sottocute e 3 cc. per os; non si ha che una lieve reazione locale. La febbre continua alta con remittenze che si fanno sempre più frequenti: dopo 12 giorni dalla somministrazione del batteriofago il paziente è sfebbrato.

CASO IV. — T. Antonio (IV Padig.), di anni 19, calzolaio. Dal 25 marzo febbre continua e lieve diarrea. In tutto il mese di aprile ha sempre avuto febbre fra 38° e 40°, polso sui 140, abbastanza ritmico; 2 punture lombari hanno dato liquor normale, ma a pressione un po' aumentata. Vi è stata lieve albuminuria con qualche emazia nel sedimento. Il 1° maggio alle 12 improvvisamente il polso divenne piccolissimo e salì a 160, la temperatura discese a 36°. Non si notarono segni di emorragia interna. Sgambati positiva. Nessun altro segno di reazione peritoneale. Poi la temperatura ritornò continua ed elevata fra 38°.5 e 40°. È stato sempre col sensorio molto obnubilato. Il 10 maggio si presenta in condizioni gravi, in stato soporoso. Denutrizione spiccata. Cianosi delle labbra e dei pomelli. Lingua arida, denti e gengive fuligginose. Sul torace rantoli diffusi. Il cuore deborda circa un cm. a d. dello sterno; toni deboli ma netti. Polso frequente molle, ritmico. Addome meteorico, dolente nel quad. infer. d. La milza si palpa all'arcata. Fino al 6 maggio Widal negativa. Il 7 maggio Widal + pel tifo 1 : 200. Emocultura positiva pel tifo. Lo stipite isolato viene lisato dal nostro batteriofago quasi completamente. Il 10 maggio si dànno 2 cc. di batteriofago sotto cute e 3 cc. per bocca. Nessuna evidente reazione locale o generale. Dal giorno seguente inizia l'anfibolismo, e migliorano alquanto le condizioni subbiettive. Dopo 12 giorni dalla somministrazione del batteriofago apiressia completa e rapida convalescenza. Negli ultimi 6 giorni di febbre la temperatura non superò i 37°.5: è da notare che il paziente aveva alcune piaghe da decubito, in questo periodo ancora suppuranti.

CASO V. — B. Giuseppe, di anni 14, contadino (VII Padig.). Dal 20 maggio febbre continua, dolori addominali, diarrea. Il 6 giugno emocultura e sierodiagnosi positiva pel tifo 1 : 400. Prova di batteriofagia: lisi quasi completa.

L'8 giugno in 18ª giornata si dànno 4 cc. di batteriofago sottocute e 1 cc. per os. Si ha una reazione locale consistente in modica tumefazione della parte, con lieve arrossamento, e dolore durato fino al mattino seguente: il paziente ebbe insonnia. Il decorso fu normale (sfebbrato in 30ª giornata) ma benigno: la temperatura mai superò i 39°.

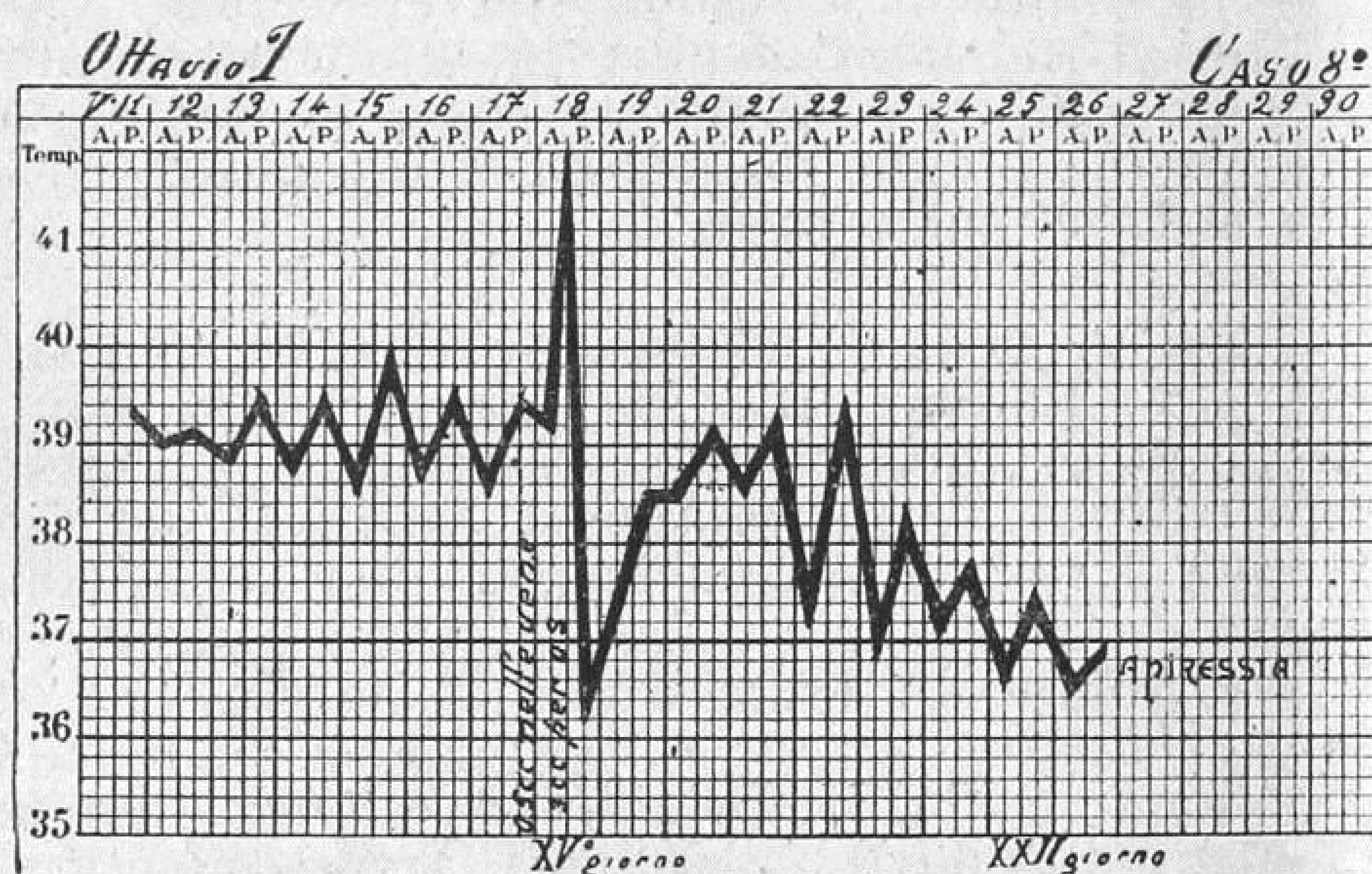
CASO VI. — V. Pietro (VIII Padig.), di anni 32, impiegato. Dal 20 maggio, febbre. Il 2 giugno è in condizioni depresse con lieve stupore, lingua arida, toni cardiaci deboli, polso piccolo, molle, di frequenza 105, temperatura elevata. Emocultura positiva pel B. Ebert. Prova di batteriofagia; lisi debole. Widal negativa, leucociti 3000. Il 4 giugno (15ª giornata) riceve 4 cc. di batteriofago per bocca e 1/2 cc. per via endovenosa, quindi un'iniezione sottocutanea di 1/2 millig. di adrenalina. Si ebbe appena un accenno di choc, e il decorso proseguì normale. Non si ebbe evidente reazione termica.

CASO VII. — A. Pietro (V Padig.), di anni 60, bracciante, bevitore. Dai primi di maggio malessere e febbre continua. Condizioni generali piuttosto gravi. Sensorio un po' ottuso. Costituzione robusta. Roseole addominali. Febbre continua superiore sempre ai 38° fino al 25 maggio, nel qual giorno si ha un accenno all'anfibolismo (37°.4-39°.4). La milza si palpa. Nessuna particolare complicazione a carico degli apparati ed organi. Widal positiva 1 : 200. Emocultura, in 18ª giornata, positiva. Prova di batteriofagia: lisi discreta. Il 26 maggio, in 20ª giornata, alle ore 18 si dànno per os 4 cc. di

batteriofago, per iniezione endovenosa cc. 1.5. Dopo 10 minuti inizia un brivido sconquassante che dura circa un'ora, la temperatura sale a 41°, si ha polipnea, cianosi, tachicardia con extrasistoli; alle ore 21 persiste febbre, tachicardia, extrasistoli. Al mattino seguente il paziente ritorna nelle normali condizioni di respiro e di circolo, è sfebbrato, e dopo pochi giorni esce guarito.

CASO VIII. — I. Ottavio, di anni 11 (Patologia medica). Dal 2 giugno febbre. Condizioni gravi, sensorio torpido. Polso 90 regolare, molle, dicroto. Emocultura positiva, Widal positiva 1: 400. Prova di batteriofagia; lisi quasi completa.

In 16ª giornata (18 giugno) riceve 4 cc. di batteriofago per os e 1/2 cc. per iniezione endovenosa; dopo 20 minuti brivido durato 3/4 d'ora, polipnea, cianosi, polso 140 regolare, temperatura 42°. Alle 6 pomeridiane 36°.2, ma il giorno seguente la temperatura riprende a tipo anfibolo. Defervescenza completa dopo 7 giorni.



CASO IX. — F. Luigi, anni 15 (Patologia medica). Dal 6-7 giugno febbre continua. Torpore, lingua arida, scarsi rantoli alle basi, milza palpabile. Emocultura positiva pel tifo. Widal positiva 1: 600. Prova di batteriofagia: lisi debole. In 20ª giornata (23 giugno) riceve 4 cc. di batteriofago per iniezione endomuscolare e un cc. per os. Lieve reazione locale e generale. Sfebbra normalmente in fine della 4ª settimana.

CASO X. — R. Elisa (V Padig.), di anni 16, domestica. Ha febbre dal 1° luglio. Condizioni gravi. Widal positiva 1: 200. Emocultura positiva. Prova di batteriofagia: lisi quasi completa. Temperatura fin dall'inizio oscillante fra 37°.5 e 39°.8. In 12ª giornata, il 12 luglio la paziente riceve 2 cc. di batteriofago per bocca e 3 cc. per iniezione intramuscolare. Ebbe reazione locale: lieve tumefazione con scarso dolore. Reazione generale poco apprezzabile: la sera dello stesso giorno temperatura 39°.4. Per 3 giorni la temperatura oscillò fra 36° e 38°.3, dal 18° giorno sfebbrata completamente.

CASO XI. — A. Alceste (V Padig.), di anni 23. Dal 28 maggio febbre continua ed alta per 3 settimane. Apiressia quasi completa dal 15 al 24 giugno, poi recidiva con alte temperature, e remissioni irregolari. Il 1° luglio condizioni generali alquanto gravi. Emocultura positiva. Prova di batteriofagia: lisi debole. Il 3 luglio il paziente riceve 3 cc. di batteriofago per os e 2 cc. per iniezione sottocutanea. Reazione locale scarsa (lieve tumefazione poco dolente). Il decorso della malattia non parve modificato dall'intervento.

CASO XII. — T. Giovanni (V Padig.), di anni 24. Dal 20 giugno febbre. Condizioni depresse, lingua arida. Temperatura fra 38° e 38°.9. Albuminuria. Nel sedimento delle urine frammenti di cilindri granulosi. Emocultura positiva. Prova di batteriofagia: lisi debole. Riceve in 15ª giornata cc. 2 di batteriofago sottocute e cc. 3 per os. Lieve reazione locale; temperatura serale 38°.8. La curva della temperatura si regolarizza dal giorno seguente, assumendo nettamente il tipo anfibolo. Dopo 12 giorni apiressia completa.

CASO XIII. — S. Maddalena, di anni 20, domestica (V Padig.). Dal 26 giugno febbre continua. Emocultura positiva. Prova di batteriofagia: lisi debole. La temperatura si mantenne fra 38° e 40° fino all'11 luglio, quando comparve roseola. Nello stesso giorno la paziente ebbe enterorragia. Il dì seguente, riceve 3 cc. di batteriofago per iniezione sottocutanea e due cc. per os. Reazione locale del consueto tipo, reazione generale piuttosto intensa (febbre 40°.5). Nei giorni seguenti la temperatura assunse un tipo irregolare con forti remittenze. Il 19 si ripetè l'enterorragia. La febbre a tipo fortemente remittente continuò fino a metà agosto.

CASO XIV. — Z. Annita, di anni 15 (VI Pad.). Dal 10 luglio febbre continua remittente. Condizioni gravi. Stupore accentuato. Lingua fuligginosa; alito fetido; catarro bronchiale diffuso. Polso frequente a bassa pressione, ritmico. Addome meteorico, dolente alla palpazione nel quad. inf. d. Roseola addominale. Milza palpabile. Emocultura positiva pel tifo. Widal positiva 1: 60. Prova di batteriofagia negativa. In 14ª giornata riceve 2 cc. di batteriofago per os. e cc. 3 sottocute. Reazione locale debole. Nei giorni seguenti diminuzione dello stupore e tentativo di anfibolismo (37°.7-39°.9; 37°.4-40°3) poi la temperatura tornò continua ed elevata; tornò lo stupore. Il 28 giugno obitus per insufficienza cardiaca.

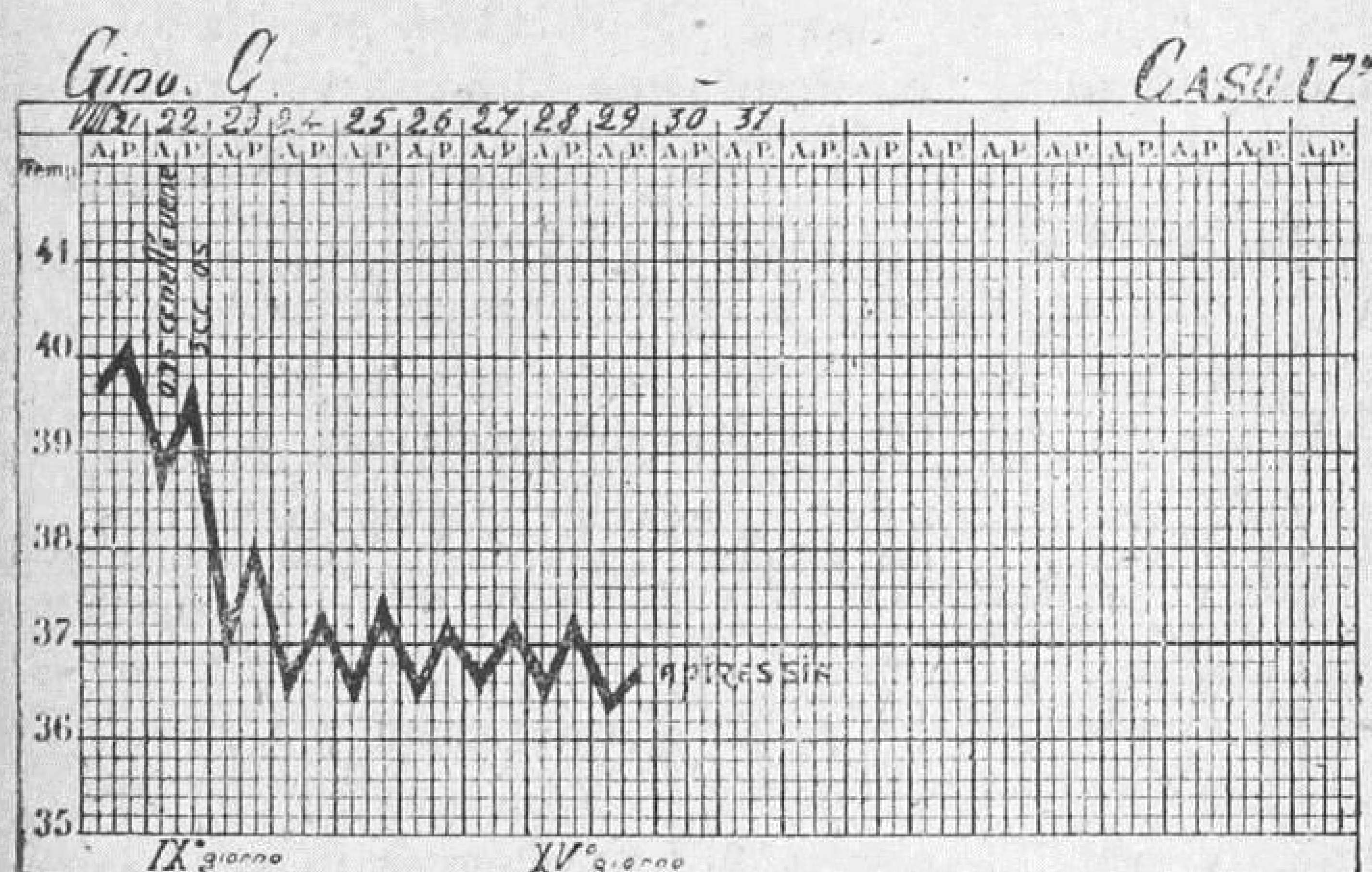
CASO XV. — S. Elio, di anni 7 (VI Padig.). Dal 17 luglio febbre alta continua, diarrea. Condizioni assai depresse. Il 23 luglio emocultura positiva pel tifo. Prova di batteriofagia; assenza di lisi. Il 25 luglio (14ª giornata circa) il paziente riceve 2 cc. di batteriofago per iniezione sottocutanea, e 3 cc. per bocca. Scarsa reazione locale, lieve reazione termica generale (aumento della temperatura serale oltre il consueto). Il decorso della malattia non parve influenzato dal batteriofago. Dopo la 4ª settimana il paziente ebbe una recidiva con temperatura elevata che durò circa 3 settimane.

CASO XVI. — M. Maria, di anni 13 (VIII Padiglione). Dal 23 luglio, febbre alta continuo-remittente. Lieve sopore; lingua arida, cor-

dicine gengivali, rantoli alle basi toraciche, respiri 30. Polso 108, regolare, molle. Addome meteorico. La milza si palpa. Roseola addominale. Emocultura positiva pel tifo. Widal positiva 1: 800. Leucociti 2500. Prova di batteriofagia: lisi completa.

Il 6 agosto (13ª giornata) riceve 2 cc. di batteriofago per iniezione endomuscolare e 3 cc. per bocca. Alla sera 39°9. Reazione locale debole. Dal giorno seguente inizia l'anfibolismo: il 13 agosto (20ª giornata) è sfebbrata completamente.

CASO XVII. — C. Gino, di anni 14 (VII Pad.). Dal 12 agosto malessere e febbre alta, continua, fra 38° e 40°.5. Lieve stato soporoso. Roseole numerose sul torace e addome. La milza si palpa. Nulla di particolarmente notevole nei vari apparati o organi. Emocultura positiva. Widal positiva 1: 600. Prova di batteriofagia: lisi quasi completa. In 10ª giornata (22 agosto) riceve 3/4 cc. di batteriofago per iniezione endovenosa, e 3 cc. per os. Dopo circa 20 minuti brivido non molto intenso, polipnea, aumento della temperatura (39°.8), lieve cianosi. L'iniezione di batteriofago fu praticata alle ore 9: a mezzogiorno già i fenomeni dello choc si erano dileguati. Il 23 agosto temperatura tra 36°.5 e 37°.4; ebbe nei giorni seguenti ancora qualche decimo di febbre, apiressia completa dal 28 agosto.



CASO XVIII. — G. Cecilia, di anni 18, domestica (V Padig.). Dall'11 agosto febbre alta. Condizioni molto depresse. Addome aumentato di volume per gravidanza al VI mese. Widal positiva 1: 1600. Emocultura positiva. In 12ª giornata (22 agosto) riceve cc. 2 per iniezione endomuscolare e 3 cc. di batteriofago per bocca. Reazione locale discreta. L'anfibolismo, già iniziato si accentua. Apiressia entro i 10 giorni.

Riteniamo opportuno, per maggior chiarezza, riunire in una tabella i risultati ottenuti. In otto casi, su dieciotto, si è avuto un decorso nettamente abbreviato, con apiressia durevole entro i 6-8 giorni dalla somministrazione del batteriofago, in qualunque periodo della malattia sia questa avvenuta (*). In questi casi, dopo somministrato il batteriofago, si è avuto un rapido od immediato inizio dell'anfibolismo. Vi è poi un altro caso che a nostro parere va compreso tra quelli favorevoli (caso 4°). Trattavasi, come si è detto, di un tifo a decorso prolungato, nel quale la siero-diagnosi fu negativa fino a pochi giorni prima del trattamento batteriofagico; il paziente ebbe qualche crisi di collasso e presentava decubiti vasti: dato il batteriofago si sollevarono rapidamente le condizioni generali, ed entro 6 giorni la temperatura discese in modo da non superare i 37°.5; dopo altri 6 giorni l'infermo sfebbrò completamente. Ci pare probabile che i rialzi termici degli ultimi sei giorni debbano attribuirsi alla suppurazione in superficie dei decubiti.

Pertanto dalle nostre osservazioni sembra risultare che nel 50 % circa dei casi il batteriofago anti-tifico abbrevia il decorso della malattia. Mai si è potuto constatare dopo la somministrazione del batteriofago un particolare aggravamento delle condizioni generali, anzi, in tutti i casi, anche in quelli nei quali questa terapia si è dimostrata inefficace, si è osservato il giorno seguente una diminuzione dello stupor, e talvolta un certo grado di euforia, che non era affatto paragonabile all'euforia di cattiva prognosi degli stati tossinfettivi gravi, poichè era accompagnata da un effettivo miglioramento delle funzioni circolatorie, e da un certo senso di sollievo. È degno di nota che anche nei casi meno favorevoli, dopo la somministrazione del batteriofago vi è stato quasi sempre un accenno all'anfibolismo.

Il risultato dei nostri esperimenti sugli animali e la innocuità del nostro batteriofago antitifico somministrato sia per via orale che per via sottocutanea ed endomuscolare, ci indussero a tentare nell'uomo la via endovenosa. In tre dei quattro casi così trattati, si ebbe uno choc colloidoclasico di varia entità, mentre nel 4° non si ebbe nessuno choc e neanche nessun effetto terapeutico. Uno dei tre casi precedenti ebbe uno choc gravissimo, avendo ricevuto nelle vene cc. 1½ di lisato (caso 7°). Sfebbrò il giorno dopo, ma noi riteniamo che l'effetto terapeutico debba attribuirsi esclusivamente alla colloidoclasia. Negli altri due casi (nn. 8 e 17) dopo la caduta della temperatura, dovuta allo choc, la febbre riprese, per cessare dopo 6-7 giorni, similmente a quanto è accaduto nei pazienti che ricevettero il lisato per via sottocutanea o endomuscolare.

Nella nostra casistica, in seguito all'iniezione sottocutanea di 1 cc. di lisato, non ab-

(*) Casi n. 1-2-7-8-10-16-17-18. Il caso 9 è poco dimostrativo per la somministrazione tardiva.

Num. d'ord.	NOME età - sesso	Gravità del caso	Dose e via di somministrazione del lisato	Giornata di somministraz. del lisato	Giornata d'inizio dell'anfibolismo	Prima giornata di apiressia durevole	Reazione termica dopo la somministraz. del lisato	Prova di batteriofagia	Osservazioni
1	V. G. a. 17 f.	lieve	4 cc. p. os.	18	15	22	evidente	—	Sierodiagnosi + 1: 400
1a	D. E. a. 21 f.	lieve	—	—	15	26	—	—	Sierodiagnosi + 1: 400
2	R. V. a. 16 m.	media	5 cc. p. os.	10	16	19	—	lisi quasi completa	
3	A. N. a. 22 m.	media	2 cc. sottocut. 3 cc. p. os.	18	22	30	—	lisi debole	
4	T. A. a. 19 m.	caso gravissimo a decorso prolung.	2 cc. sottocut. 3 cc. p. os.	45	46	57	—	lisi quasi completa	Sierodiagnosi + 1: 200 Il p. ha pieghe da decubito
5	B. G. a. 14 m.	media	4 cc. sottocut. 1 cc. p. os.	18	22	30	lieve	lisi quasi completa	Sierodiagnosi + 1: 400 Evidente reaz. locale
6	V. P. a. 32 m.	caso grave	1/2 cc. nelle vene 4 cc. p. os.	15	21	28	—	lisi debole	Choc emoclasico non apprezzabile
7	A. P. a. 10 m.	media	1 1/2 cc. nelle vene 3 cc. p. os.	20	19	21	ipertermia da choc	lisi mediocre	Sierodiagnosi + 1: 200 Choc emoclasico gravissimo
8	I. O. a. 11 m.	caso grave	1/2 cc. nelle vene 3 cc. p. os.	16	19	22	ipertermia da choc	lisi quasi completa	Sierodiagnosi + 1: 400 Choc emoclasico lieve
9	E. L. a. 15 m.	caso grave	4 cc. iniez. endomuscolari 1 cc. p. os.	20	19	29	lieve	lisi debole	Sierodiagnosi + 1: 1600 Evidente reaz. locale
10	R. E. a. 16 f.	lieve	3 cc. iniez. endomuscolari 2 cc. p. os.	12	—	18	evidente	lisi quasi completa	Sierodiagnosi + 1: 200. Decorso fin dall'inizio con grandi oscillazioni della temperatura
11	A. A. a. 23 m.	caso grave	2 cc. sottocut. 3 cc. p. os.	35° di mal. 12° di ricaduta	22	27	—	lisi debole	Anfibolismo transitorio dopo la somministrazione
12	T. G. a. 24 m.	media	2 cc. sottocut. 3 cc. p. os.	15	16	27	—	lisi debole	Reazione locale
13	S. M. a. 20 f.	caso grave	3 cc. sottocut. 2 cc. p. os.	16	20	45	—	lisi debole	Reaz. locale. Anfibolismo transitorio dopo la somministrazione
14	Z. A. a. 15 f.	caso gravissimo	2 cc. sottocut. 3 cc. p. os.	14	—	—	lieve	assenza di lisi	Sierodiagnosi + 1: 60
15	S. E. a. 7 m.	Caso molto grave	2 cc. sottocut. 3 cc. p. os.	14	—	50	—	assenza di lisi	Obitus in 28ª giornata, Anfibolismo transitorio dopo la somministrazione
16	M. M. a. 13 f.	media	2 cc. iniez. endomuscolari 3 cc. p. os.	13	14	20	lieve	lisi completa	Sierodiagnosi + 1: 800
17	C. G. a. 14 m.	media	3/4 cc. nelle vene 3 cc. p. os.	10	11	16	ipertermia da choc	lisi quasi completa	Sierodiagnosi + 1: 600. Choc emoclasico lieve
18	G. C. a. 13 f.	lieve	2 cc. iniez. endomuscolari 3 cc. p. os.	12	11	21	—	lisi quasi completa	Reaz. locale intensa

N.B. - L'emocultura in bile, eseguita in tutti i casi meno il primo, fu sempre positiva (furono di proposito scartati i casi con emocultura negativa). La prova di batteriofagia fu eseguita sullo stipite di tifo isolato dal paziente col batteriofago somministrato.

biamo osservato alcuna apprezzabile reazione locale. Per dosi maggiori (2, 3, 4 cc.) notammo in corrispondenza dell'iniezione sottocutanea una leggera tumefazione locale, di rado con lieve arrossamento cutaneo, più o meno dolorosa, il dolore essendo proporzionale al grado della tumefazione. Questa tumefazione si presentava piuttosto consistente e più o meno estesa in rapporto alla quantità di lisato introdotta; generalmente aveva 5-6 cm. di diametro, ma poteva raggiungere in qualche caso i 10-12 cm. di diametro. Tutti questi fenomeni comparivano alcune ore dopo l'iniezione, per dileguarsi in circa 24 ore.

Mai si ebbe a notare dopo la scomparsa della tumefazione, la persistenza di una zona edematosa: mai i nostri pazienti si sono lamentati di prurito più o meno molesto.

In corrispondenza delle iniezioni endomuscolari non abbiamo notato tumefazione, ma tutto al più un aumento di consistenza della parte, anche per dosi di 3-4 cc.; la reazione dolorosa è però evidente come nelle iniezioni sottocutanee.

Le reazioni generali sono identiche, salvo la maggiore o minore intensità, somministrando il batteriofago per bocca, per iniezione sottocutanea o endomuscolare. Esse consistono essenzialmente in un aumento della temperatura, transitorio, che può durare uno o due giorni, di regola poco marcato.

L'insonnia si presentò talora dopo le iniezioni endomuscolari o sottocutanee, ma era evidentemente in rapporto con i fenomeni dolorosi locali.

Sul polso e sul respiro nessun effetto particolare, salvo quello dovuto alle modificazioni della temperatura; mai si notò uno sproporzionato aumento di frequenza del polso.

Ci siamo dilungati alquanto intorno a queste reazioni perchè alcuni autori vi annettono una particolare importanza che secondo noi esse non hanno.

Sul significato di queste reazioni v'è chi pensa che esse siano esclusivamente provocate dal principio litico (Bruynoghe e Maisin) (22); v'è chi ritiene che esse debbano essere attribuite ai prodotti microbici iniettati (Gratin e Jumain) (23). Allo stato attuale delle nostre conoscenze è difficile, data la complessa natura del lisato, poter stabilire con esattezza quale dei componenti sia la causa di queste reazioni. Per osservazioni personali consta a noi che le reazioni locali provocate dall'iniezione sottocutanea di lisato batteriofagico sono identiche a quelle che si hanno allorchè si inocula, per esempio, del latte sterilizzato. Molte sostanze eterogenee, specialmente di natura proteica, introdotte sotto cute dànno le stesse reazioni, quindi è difficile vedere nella reazione locale una qualche specificità.

Per quel che riguarda le reazioni generali v'è una certa contraddizione fra le osservazioni di D'Hérèlle, Eliava e nostre e quelle di Bruynoghe, Maisin, Gratia, Jumain, in quanto questi ultimi hanno osservato reazioni termiche abbastanza elevate, mentre pei primi esse sarebbero scarse o nulle.

I differenti risultati ottenuti si possono spiegare con differenze di preparazione del lisato e del periodo di invecchiamento di esso. Sappiamo infatti che i lisati recenti contengono più antigene microbico, e sono più tossici dei lisati vecchi; inoltre un lisato scaldato o filtrato nel periodo di massima lisi, contiene meno prodotti batterici che se viene scaldato o filtrato prima (lisi incompleta) o dopo (sviluppo di culture secondarie).

La qualità del lisato non pare abbia influenza, poichè D'Hérèlle ed Eliava hanno sperimentato su sè stessi inoculandosi i più diversi lisati senza che avessero mai la minima reazione.

Nell'uomo malato alla reazione generale possono contribuire i prodotti microbici messi in libertà dall'agente litico in vivo; e infatti noi stessi abbiamo osservato reazioni generali più intense quando l'effetto terapeutico si è dimostrato più evidente.

* * *

Abbiamo anche ricercato se gli stipiti di tifo isolati dalle emoculture venissero lisati in vitro dal batteriofago polivalente da noi preparato. Questa ricerca ci ha condotto ad una osservazione di notevole interesse e cioè che di regola quando la lisi avveniva completamente o quasi l'effetto terapeutico del batteriofago era sempre più o meno evidente e viceversa.

Ci sembra che risultati migliori si ottengano somministrando il batteriofago nelle prime due settimane di malattia, sebbene anche più tardi, nei casi nei quali la prova di batteriofagia è positiva, non si possa dire che il batteriofago sia del tutto inefficace. Del resto si comprende che se le lesioni organiche sono già gravi non si può sperare in una guarigione rapida per sola opera del batteriofago. Inoltre in un periodo tardivo in germe può acquistare una resistenza al batteriofago che lo rende poco lisabile, come accade anche in vitro (culture miste e secondarie).

* * *

Era già noto che la terapia specifica del tifo (sieri e vaccini) suole abbreviare il decorso della malattia, la quale, mentre di solito richiede una degenza di oltre un mese, con tale terapia viene abbreviata di una settimana o più. Però questa terapia specifica, secondo gli stessi propugnatori (Chantemesse, Widal, Vincent, Besredka, Caronia) va soggetta a particolari limitazioni. Infatti Chantemesse consiglia di iniettare il siero prima dell'undecimo giorno, e solo nei casi di tifo autentici senza infezioni aggiunte anteriori o concomitanti; la miocardite e l'enterorragia sono controindicazioni assolute. I risultati sono del resto incostanti.

I vaccini di qualunque specie, si sono dimostrati utili solo nelle forme medie o benigne; anch'essi vanno dati nei primi giorni; dànno

risultati non buoni quando vi sono complicazioni viscerali. Nessun risultato si è avuto dai vaccini terapeutici per via orale proposti da Fournier e Schwartz, e che, a scopo profilattico, ha tentato ora di risuscitare il Besredka col suo bilevaccino, molto vantato dall'autore, e confortato da qualche statistica invero non molto persuasiva.

La chocterapia dà in qualche caso guarigione definitiva, ma a prezzo di una reazione pericolosa; per lo più provoca una sedazione momentanea del processo, che poi riprende di solito l'andamento consueto.

Tutti gli inconvenienti e le controindicazioni di questi metodi di cura non si hanno con la somministrazione del lisato batteriofagico per via sottocutanea o endomuscolare; esso è sempre ben tollerato qualunque sia la gravità dell'infermo, e dà risultati che, finora, possono ritenersi superiori a quelli dei migliori vaccini. Facciamo qualche riserva perchè la scarsa casistica pubblicata fino al presente non ci permette affermazioni assolute.

Neanche vogliamo pronunciarci sul meccanismo d'azione del batteriofago. Il lisato contiene certo prodotti microbici ad azione vaccinica, ma in molto tenue misura, poichè ha un potere antigene scarsissimo. D'altra parte dimostra un maggiore effetto terapeutico nei casi nei quali la prova di batteriofagia dà una lisi più o meno completa. Ciò induce a ritenere che l'azione terapeutica è dovuta quasi esclusivamente al principio litico o almeno ai suoi particolari fermenti, se, come D'Hérelle, lo si considera un ultra microbo. È bensì vero che il principio litico in presenza di siero diminuisce la sua attività in vitro, ma non la perde completamente, e può facilmente riacquistarla. Inoltre non bisogna dimenticare che il lisato batteriofagico ha un alto potere opsonico, come è dimostrato dalle esperienze di D'Hérelle.

CONCLUSIONI.

1) Il lisato batteriofagico antitifico, convenientemente preparato e riscaldato per mezz'ora a 58°, somministrato per ingestione, per via sottocutanea o endomuscolare, alla dose di 2-5 cmc., è sempre innocuo, qualunque sia la gravità dell'infermo.

2) Il lisato batteriofagico somministrato per via endovenosa alla dose di ½-1 cmc. è capace di provocare uno choc, e si comporta per l'azione terapeutica almeno come una proteina eterogenea. Se, dopo lo choc, torna la febbre, di solito è più o meno remittente e cessa entro 6-8 giorni.

3) L'iniezione sottocutanea o endomuscolare del lisato provoca non costantemente un transitorio aumento di temperatura, nonchè una reazione locale nel punto d'iniezione (tumefazione, dolore, rossore) più o meno evidente secondo la dose inoculata e secondo i soggetti.

4) La somministrazione del batteriofago in circa il 50 % dei casi è seguita da un rapido o immediato inizio dell'anfibolismo, e da apiressia durevole dopo 6-8 giorni. Spesso si ha pure un rapido miglioramento delle condizioni generali.

5) I migliori risultati si ottengono nei primi due settenari, benchè anche in periodo più avanzato si possa talvolta avere un evidente effetto terapeutico.

6) Quando lo stipite di tifo isolato dal paziente viene lisato più o meno completamente dal batteriofago somministrato, l'effetto terapeutico è quasi sicuro; di solito esso manca nel caso opposto.

Ci sembra che i risultati ottenuti nella nostra casistica, che è fino ad oggi la più numerosa nella letteratura che riguarda la terapia batteriofagica antitifica, autorizzino a tentare su più larga scala questa terapia, data la sua certa innocuità ed il più che probabile vantaggio che i pazienti ne possono trarre. Forse quest'arma, ancora non molto valida perchè fino ad ora ben poco sappiamo sull'intima natura del batteriofago, acquisterà maggior valore in seguito.

Ottobre, 1923.

NOTA DEGLI AUTORI.

Il contributo personale degli autori è distinto nella seguente maniera: il dott. ALESSANDRINI si è occupato delle ricerche batteriologiche ed il dott. DORIA di quelle cliniche.

Data l'indole del lavoro la stretta cooperazione di chi doveva occuparsi delle osservazioni cliniche e di chi doveva attendere alle ricerche di laboratorio si rendeva necessariamente indispensabile.

BIBLIOGRAFIA.

(1) F. D'HÉRELLE. *Le Bacteriophage, son rôle dans l'immunité.* Monografia dell'Institut Pasteur. Paris, Masson, 1921.

(2) E. HANKIN. *L'action bactéricide des eaux de la Jumma et du Gange sur le microbe du Choléra.* Annales de l'Institut Pasteur, t. 10, 1896, pag. 511-523.

(3) F. W. TWORT. *An investigation on the nature of the ultramicroscopic viruses.* Lancet, t. 189, part. II, 1915, pag. 1241-2143.

(4) J. BORDET e M. CIUCA. *Déterminisme de l'autolyse microbienne transmissible.* Comptes-rendus de la Société de Biologie, t. 84, 1921, pag. 276.

(5) O. BAIL e T. WATANABE. *Ueber Mischbacteriophagen.* Wiener Klinische Wochens., t. 35, n. 8, 1922, pag. 169-172. — *Elementarbacteriophagen des Shigabasilius.* Ibidem, t. 35, 1922, n. 35, pag. 722-724; n. 36-37, pag. 743-746; n. 38-39, pag. 765-768.

(6) C. E. PICO. *Sur la nature du principe bactériophage de Twort-d'Hérelle.* Comptes-rendus de la Société de Biologie, t. 86, 1922, pag. 1106.

(7) R. OTTO e H. MUNTER. *Zum d'Hérelleschen Phänomen.* Deutsche Medizinische Wochenschrift, t. 47, n. 52, 1921, pag. 1579-1581.

(8) M. LISBONNE e L. CARRÈRE. *Antagonisme microbien et lyse transmissible du bacille de Shiga.* Comptes-rendus de la Société de Biologie, t. 86, 1922, pag. 569.

(9) S. METALNIKOW. *Immunité de la Chénille contre divers microbes.* Ibidem, t. 83, 1920, pag. 119. — *B. Dysentérique et bactériophage de D'Hérelle ches le Chenilles de Galleria Mellonella.* Ibidem, t. 83, 1920, pag. 667.

(10) F. D'HÉRÈLLE. *Sur une épizootie de typhose aviaire.* Ibidem, t. 82, 1919, pag. 817. — *Sur le rôle du microbe bactériofage dans la tiphose aviaire.* Ibidem, 1919, pag. 932. — *Le microbe bactériophage agent d'immunité dans la peste et le barbone.* Ibidem, t. 84, 1921, pagina 99.

(11) F. D'HÉRÈLLE. *Sur le rôle du microbe filtrant bactériofage dans la disentérie bacillaire.* Ibidem, t. 81, 1918, pag. 970.

(12) A. BECKERICH e P. HAUDUROY. *Le bactériophage dans le traitement de la fièvre tiphoïde.* Ibidem, t. 86, 1922, pag. 168.

(13) R. BRUYNOGHE e J. MAISIN. *Le principe bactériophage du Staphylocoque.* Ibidem, t. 86, 1921, pag. 1118. — *Essais de thérapeutique au moyen du Bactériophage du Staphylocoque.* Ibidem, t. 85, 1921, pag. 1120.

(14) A. GRATIA. *La lyse transmissible du Staphilocoque. Sa production: ses applications térapeutiques.* Ibidem, t. 86, 1922, pag. 276.

(15) N. BARROSA. *Acao curativa do Bacteriophago estaphilococcico.* Brazil-Medico, a. 37°, vol. I, n. 22, 1923, pag. 297.

(16) J. DA COSTA CRUZ. *O Bactériophage en terapeutica.* Ibidem, anno 27°, vol. I, n. 22, 1924.

(17) COURCOUX, PHILIBERT, CORDEY. Bull. et mém. de la Soc. méd. Hôp. de Paris. Seduta del 7 luglio 1922.

(18) OTTO e MUNTER. Loco citato.

(19) R. APPELMANS. Arch. Intern. de Pharm. et Thérapie, 1922, p. 85.

(20) F. D'HÉRÈLLE. *Du rôle du microbe filtrant bactériophage dans la fièvre typhoide.* Comptes-rendus de la Société de Biologie, t. 82, 1919, pag. 631.

(21) R. APPELMANS. *Le Bactériophage dans l'organisme.* Ibidem, t. 86, 1921, pag. 722.

(22) R. BRUYNOGHE e J. MAISIN. *Au sujet de la reaction consécutive a l'iniection du Bactériophage.* Comptes-Rendus de la Société de Biologie, t. 86, 1922, pag. 294 e pag. 739.

(23) A. GRATIA e D. JAUMAIN. *Au sujet des reactions consécutives aux injections de principe lytique Staphylococcique.* Ibidem, t. 86, 1922, pag. 519.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SIENA
diretto dal prof. VITTORIO REMEDI.

Un caso di prolasso del retto da calcolosi vescicale

per il dott. RODOLFO REDI, assistente.

Per quanto si ammetta la frequenza del prolasso rettale nelle calcolosi vescicali, specialmente nei bambini, non ne vediamo descritti molti casi. Credo che in parte ciò dipenda dalla minima entità presentata da certi prolassi per cui la complicanza diventava trascurabile rispetto alla malattia principale; ma restano gli altri casi più gravi nei quali ritengo che non sia stato attribuito alla calcolosi l'importanza che può avere e che ha nello sviluppo del prolasso rettale.

Secondo Delbet si possono distinguere tre gradi di prolasso:

a) *Prolasso mucoso*, in cui la sola mucosa prolassa fuori dell'ano e che non sporge mai più di 3 o 4 cm.

b) *Prolasso totale*, in cui le tre tuniche del retto, mucosa, cellulare, e muscolare fanno prolasso.

c) *Invaginazione procidente*, in cui, prima si produce un'invaginazione del retto, quindi si ha un prolasso.

Questa classificazione ha la sua naturale spiegazione nella disposizione anatomica del retto, nelle sue condizioni di statica e nella fisiopatologia delle diverse funzioni che vi hanno attinenza più o meno diretta.

Il reto è costituito da una tunica mucosa e di una tunica muscolare separate tra loro da uno strato cellulare che dà alla prima una scorrevolezza sulla sottostante, scorrevolezza che specialmente nei bambini può essere così accentuata da permettere alla mucosa di fuoruscire più o meno dall'ano per qualunque piccolo sforzo.

Così costituito il retto è fissato in *basso* dal cosiddetto pavimento del bacino, parete concava verso la parte alta, costituita dal coccige, parte scheletrica, e dalle parti carnose e cioè dal m. elevatore dell'ano, dagli sfinteri, e dalle aponevrosi del bacino: quando questo pavimento cede (denutrizione e specialmente dopo gravidanze), viene subito a mancare un mezzo di fissazione e quindi siamo già di fronte a un momento favorevole alla produzione dei prolassi. Importante è la conformazione spe-

ciale che questo pavimento pelvico presenta nei bambini nei quali pel modo anatomico di comportarsi del coccige, speciale a questa età, presenta una posizione più eretta. Il coccige decorre come nel feto ancora abbastanza direttamente verso il basso, nella direzione del prolungamento del sacro. La *excavatio sacro-coccygealis* si forma solo in una età più avanzata, soltanto allora il coccige concorre a formare il pavimento pelvico fatto a mo' di piatto. Questa posizione eretta del coccige e quindi della parte posteriore del pavimento pelvico, deve esser considerata come un momento favorevole alla produzione frequente dei prolassi rettali nei bambini (Bergmann).

In *alto* il retto viene fissato ai tessuti adiacenti, e cioè: in avanti la connessione col connettivo perirettale della prostata, con le vescicole seminali, con la vescica urinaria; lateralmente dalla fascia pelvica parietale; in basso e in dietro da un connettivo lasso al muscolo elevatore dell'ano, al coccige ed al sacro. Quando questi mezzi di fissazione si rilasciano e diventano cedevoli, permettono all'intestino di spostarsi in basso, altro momento favorevole alla produzione del prolasso.

V'è ancora un mezzo di fissazione: la piega o tasca del Douglas e cioè il peritoneo che dal foglietto posteriore della piega risale lateralmente sul Promontorium e quivi solidamente si inserisce. Ma il foglietto posteriore della tasca, quello cioè che è a contatto con il retto, deve sopportare la pressione addominale: se il peritoneo è capace di resistenza e la muscolare del retto è forte, questa pressione può essere equilibrata, ma quando questo non sia e quando si abbia la possibilità espressa dal Waldeyer che cioè la tasca del Douglas sia discesa in basso in modo anormale, allora il prolasso è facile e nel caso ultimo si può trovare nel prolasso non solo la tasca del Douglas, ma talora anche anse intestinali cioè un vero e proprio Edrocele (Edrocele di Uhde).

Noi sappiamo pertanto che la tasca del Douglas nell'età infantile si mantiene molto più in basso che nell'età adulta, si può quindi pensare ad una influenza della massa intestinale che agisca entro questa tasca sotto l'azione della pressione addominale; il Ludlow ed il Marchand asseriscono che questa sia la causa di molti prolassi specialmente in quei soggetti in cui il perineo sia molto resistente. Secondo questi AA. l'intestino penetrando in questa tasca la distende come in un sacco erniario ed allora:

a) *Se il perineo resiste*, l'edrocele, non potendosi fare strada di lì, fa forza nella parete anteriore del retto e invaginandosi a poco a poco nella cavità rettale, fa ernia fuori dell'orificio anale e in questo caso il segmento esterno del prolasso contiene nel suo spessore la tasca del Douglas.

b) *Se il perineo non resiste*, allora si ha una vera e propria ernia perineale.

E' chiaro dunque che i fattori anatomici del prolasso del retto possono essere: l'abnorme scorrevolezza della mucosa rettale sulla muscolare, la poca resistenza del pavimento perineale, la debolezza dei mezzi di sospensione, l'abnorme posizione della tasca del Douglas che, attraverso la parete anteriore del retto spinge il retto stesso a prolassare e mentre il primo di questi fattori è causa del prolasso mucoso, gli altri non possono produrre che un prolasso totale.

Abbiamo detto che esistono tre sorta di prolassi: il prolasso mucoso, il prolasso totale, l'invaginazione procidente; consideriamo il prolasso mucoso e quello totale dal lato fisiopatologico, tralasciando l'invaginazione procidente che, in questo caso, non c'interessa. Nel prolasso mucoso è soltanto la mucosa che scorrendo sulla muscolare viene a sporgere dall'orificio anale, non sporge mai più di 3 o 4 cm. ed è regolarmente circolare; in generale il movente etiologico è un processo infiammatorio della mucosa, emorroidi e catarri negli adulti, le diarree prolungate nell'infanzia, e talora, sempre nei bambini, gli sforzi della defecazione, le malattie esaurienti, ecc.

Siffatte cause se ripetute ed esagerate si possono riportare anche al prolasso totale, la cui etiologia va però ricercata specialmente in tutti quei fattori che comportano un forte aumento della pressione addominale, quali la tosse insistente, le ptosi viscerali, i restringimenti uretrali, i calcoli vescicali, ecc. Così per esemplificare con un caso attinente al nostro argomento, quando un paziente per una causa qualunque non può urinare, mette in giuoco tutti i mezzi per poter vincere l'ostacolo: chiude cioè la glottide, abbassa il diaframma, contrae i muscoli della parete addominale, contrae il m. elevatore dell'ano, rilascia gli sfinteri, e, in condizioni patologiche, la pressione intraddominale così aumentata esercitando la sua azione sul retto, non bene fissato al suo posto, può spingerlo gradatamente al prolasso.

Da quanto ho fin qui esposto si comprende che il prolasso mucoso, così facile a verificarsi nei bambini, rappresenta una malattia di lieve entità e certamente trascurabile come complicazione della calcolosi vescicale. Dato che ogni

piccolo sforzo può provocarlo in un bambino che vi è predisposto, è anche discutibile se debba parlarsi di prolasso da calcolosi o di prolasso concomitante a calcolosi. Nè fa meraviglia se non è stato fatto particolare oggetto di studio.

Ma in caso di prolasso totale la complicazione assume altra importanza, sia per la sua gravità, sia per le relazioni di dipendenza che ha con la calcolosi vescicale. Ecco perchè, constatata la scarsità dei casi descritti, ho ritenuto non inutile contributo la pubblicazione del caso che presento:

N. A. di Castiglione d'Orcia, di anni 7, entra in Clinica il 31 gennaio 1923 in condizioni molto gravi; la famiglia ci informa che il bambino non aveva mai per lo avanti accusato disturbi della minzione e che soltanto una settimana prima aveva raccontato che già da molto tempo aveva degli arresti improvvisi nel getto dell'orina ai quali non aveva fatto caso perchè con un po' di sforzo riusciva poi a svuotare la vescica e non ne aveva parlato prima credendola cosa passeggiera. Nei giorni seguenti accusò qualche dolore al basso ventre e l'urinazione si fece più difficile, finchè, improvvisamente la sera del 30 gennaio 1923 il bambino non potè urinare. Il mattino dopo si iniziò una modica febbre e la sera del 31 gennaio 1923 persistendo l'anuria, si pensò di trasportare d'urgenza il malato in questa Clinica: Temperatura 39.8. Polso 130. Resp. 31. Sensorio ottuso.

All'esame dell'addome si percepisce un leggero meteorismo e la vescica urinaria fortemente distesa. All'esame della regione anale si nota un tumore di forma piuttosto globosa, del diametro medio di 5 cm. circa, sporgente circa 6 cm. dall'ano; coperto di secrezione mucosa, detersa la quale, appare una superficie lucente di colorito roseo con pieghe trasversali ben disegnate; non si associa alcun solco alla base del tumore. In posizione eccentrica, verso il coccige, esiste un orificio capace di ricevere senza sforzo l'apice del mignolo. Nella regione perianale, nè alla faccia interna delle coscie non si osserva segno di eritema o di qualunque altra alterazione della pelle. Dopo qualche tentativo il tumore viene ridotto, ma soltanto in parte per la poca tonicità dello sfintere anale e per gli sforzi continui che il bambino fa per emettere l'urina. In tali sforzi il tumore si fa più globoso, ma senza che si possa percepire fluttuazione, nè, alla pressione, timpanismo.

All'esame radioscopico si vede nella regione della vescica un corpo opaco rotondeggiante, della grossezza approssimativa di un uovo di piccione. Si tenta di introdurre in vescica un catetere Nélaton n. 12 ma si incontra una forte resistenza: lo stesso esito dà l'introduzione di olive, minugie , e Mercier. Tanto col catetere elastico che con le altre siringhe, si percepisce assai bene un corpo rugoso, duro, che occupa probabilmente la parte prostatica della vescica urinaria. Si fa pertanto diagnosi di *calcolo vescicale incuneato* e di *prolasso del retto e perdurando* gravi le condizioni del paziente si procede senz'altro all'operazione.

In narcosi eterea si procede alla cistotomia soprapubica: appena aperta la vescica urinaria si dà esito a circa 300 cmc. di urina decisamente neutra.

La mucosa vescicale è arrossata, con qualche piccola ulcerazione, e in basso verso la parte prostatica, riposa un calcolo scabro, di color grigio oscuro, che misura cm. 4, 4 1/2, 2 1/2, del peso di gr. 38. Il calcolo, estratto con cautela, risulta essere di triplofosfato di calcio. La ferita chirurgica viene suturata con fili di catgut e di seta; nella parte più declive viene lasciata aperta con un tubo da drenaggio. Nei primi 2 giorni dall'operazione il bambino migliora sensibilmente, ma alla fine della terza giornata la curva termica tende a rialzare assai sensibilmente, si hanno fatti d'iscuria, finchè in quarta giornata si ha anuria completa e si hanno tutti i sintomi di blocco completo dei reni. La mattina del 5, malgrado tutte le cure del caso, il paz. muore per pielonefrite ascendente, essendo anche presenti fatti di bronco-polmonite.

Debbo alla cortesia dei proff. Barbacci e Lunghetti il reperto necroscopico che qui sotto riporto integralmente:

N. A. di anni 7, di Castiglione d'Orcia, decesso in Clin. Chir. Gen. il 5 febbraio 1923, ad ore 8.30. Autopsia il 6 febbraio 1923, ad ore 9.30.

Conformazione scheletrica regolare; nutrizione generale assai deficiente. Un bendaggio avvolge il tronco e nasconde una ferita chirurgica recente, situata sulla linea mediana del ventre, di forma lineare, lunga circa 7 cm. che, nella parte alta, si inizia 3 cm. sotto l'ombelico, terminando in alto al pube. Detta ferita è chiusa in alto da varî punti di sutura: in basso è beante e permette di entrare in una cavità che sembra essere la vescica. All'apertura del cranio si nota che la callotta aderisce fortemente alla dura meninge che appare diffusamente opacata e di tensione aumentata.

All'ispezione delle circonvoluzioni cerebrali si nota che, sopratutto dal lato sinistro, le circonvoluzioni cerebrali appaiono fortemente appiattite. Pungendo i ventricoli laterali attraverso il corpo calloso, non si nota aumento, nè modificazione qualitativa del liquido endo-ventricolare. L'esame interno del cervello dimostra che la sostanza cerebrale è in stato d'intenso edema con lieve iperemia. Nulla di notevole all'apertura dell'addome: la sierosa peritoneale è liscia e lucente in tutta la sua estensione. Nè il fegato, nè la milza sporgono dall'arco costale. La cupola diaframmatica si trova da ambo i lati al livello del V spazio intercostale. Aperto il torace si trova che le cavità pleuroche sono d'ambo i lati prive di aderenze. Il timo è ridotto a pochi resti di tessuto sparsi nel tessuto cellulo-adiposo della radice del collo. Il cuore è un po' voluminoso, fortemente ripieno di sangue: l'esame interno dimostra che le cavità sono tutte evidentemente dilatate e ripiene di coaguli; nessuna lesione di orificio: miocardio torbido, molle. Nei polmoni si nota uno stato di edema piuttosto ac-

centuato con alcuni focolai di bronco-polmonite lungo il margine del lobo inf. destro. Anche il fegato all'infuori di 2 o 3 chiazze giallastre, non presenta alterazioni morbose degne di nota: lo stesso dicasi del pancreas e delle surrenali. La vescica è fortemente contratta: la superficie interna è arrossata e qua e là coperta di muco-pus. Gli ureteri sono d'ambo i lati fortemente sfiancati e contengono un po' di liquido puriforme: l'esame interno dei reni, evidentemente aumentati di volume, dimostra l'esistenza di una intensa pielite suppurativa con diversi ascessi nella sostanza renale. All'esame dell'orificio anale si nota un prolasso assai accentuato del retto: prolasso che alla sezione risulta essere costituito dalle tre tuniche del retto nonchè da una porzione di peritoneo.

Diagnosi anatomica. — Ferita chirurgica recente (cistotomia soprapubica per calcolo vescicale incuneato nel basso fondo). Nefrite suppurativa ascendente bilaterale. Prolasso totale del retto. Bronco-polmonite. Edema cerebrale. Marasma.

Questo caso che ho descritto principalmente come contributo alla casistica dei prolassi rettali da calcolosi vescicale, presenta anche una importanza particolare e per il modo quasi acuto di sviluppo della complicazione rettale e per il meccanismo bene dimostrato dalla sua produzione e finalmente per il reperto necroscopico che dà al caso clinico un valore assai notevole.

La famiglia che pure aveva gran cura del bambino, esclude che egli avesse precedentemente sofferto di prolasso e i caratteri stessi dell'organo prolassato, l'assenza di eritemi o di qualunque alterazione della pelle circostante, lo confermano. Dunque il prolasso deve essersi manifestato in breve tempo e il momento etiologico non può essere stato che lo sforzo.

La ubicazione del calcolo, mentre rende ragione delle facili interruzioni nel getto dell'urina, giustifica gli sforzi violenti che il malato doveva fare per svuotare la vescica, sforzi che in ultimo erano diventati quasi involontari e continui sotto l'impulso dello stimolo provocato dalle eccitazioni del colo della vescica.

Il reperto necrescopico dà poi la esatta spiegazione della modalità secondo la quale agì la pressione addominale, dimostrando che il prolasso si era prodotto con quel particolare meccanismo che Waldeyer e Marchand hanno così acutamente individuato, cioè la discesa della tasca del Douglas lungo la parete del retto e col conseguente abbassamento dell'organo. La quale constatazione e nemmeno supposizione non sarebbe stato possibile fare coi soli dati clinici, mancando nel nostro caso qualunque segno per distinguere questa varietà di prolasso del retto.

BIBLIOGRAFIA.

1. TESTUT-JACOB. *Anat. Top.* Un. Tip. Ed. Tor., 1908.
2. DUPLAY et RECLUS. *Trattato di Chirurgia*, 1903.
3. LE DENTU et DELBET. *Tratt. di Chir.* Baillière, Paris, 1899.
4. FORGUE. *Pat. Chir.* Soc. Ed. Lib., Milano, 1908.
5. BERGMANN et BRUNS. *Tratt. di Chir.* Soc. Ed. Lib. Milano, 1909.
6. SELMI. Soc. Med. di Milano. *Calc. vesc. in un bimbo.* Seduta 12 marzo 1917.
7. CUNNINGHAM. *Annales of Surgery. Prol. retto.* Maggio 1909, n. 5.
8. PHELIP. *Journal d'Urologie.* Dicembre 1922. n. 6. *Fis. della minzione.*
9. BERESNEGOWSKY. *Arch. f. Klin. Chir.* Band. 91. *Pat. Prol. Retto.*

NOTE E CONTRIBUTI.

Relazione medica sulla Campagna antimalarica nella "Zona della Valle dell'Inferno".

Dott. OMERO RICCI.

La Campagna antimalarica che l'anno scorso fu iniziata in questa zona per la prima volta, come scrissi nella mia Relazione («Policlinico», 1922), fu poco fortunata; ma non pertanto confermò una cosa già ben nota all'Ufficio d'Igiene, che si trattava cioè di una località del Suburbio di Roma assai infetta da malaria, e ciò indusse la Direzione dell'Ufficio VIII ad affidarmi quest'anno la profilassi e la cura della «Valle dell'Inferno».

E' noto pure come la popolazione vi viva in condizioni igieniche poco buone, in abitazioni infelici, mancanti quasi di acqua, in un luridume impressionante, mentre l'aria è ammorbata dalla scoperta Marrana. Le molte pozze d'acqua naturali e artificiali originate dal lavoro di scavo che vi praticano le molte Fornaci, sono i naturali focolari di zanzare che infestano l'aria e che trovano nel sangue degli abitanti (in buona parte malarici di guerra) quei parassiti, per cui questa Zona risulta poi così fortemente colpita da malaria. I dati statistici di quest'anno, tolti dai due Registri della popolazione stabile e della popolazione fluttuante, nei quali sono riportati nominativamente tutti gli individui censiti e che rappresentano quasi la generalità della popolazione, con a margine le osservazioni sulle località dove contrassero la infezione per la prima volta (Piave, basso Isonzo, Albania, Maremma...), sul tipo di febbre (malaria cronica, recidiva, primitiva, primaverile, estivo-autun-

nale....), sul genere di cura (regolare, intensiva, saltuaria, a base di iniezioni, di cioccolatini....), sul reperto dell'esame del sangue (positivo o negativo) danno:

Popolazione stabile: «Censiti 937 individui, dei quali 621 immuni, malarici grandi 134, malarici piccoli 182, sani profilassati 510, recidive 87, perniciose 6, primitive 4.

Consumo totale del Chinino kg. 12, Cioccolatini 15,000, Pillole antimalariche 4500, Iniezioni di Chinino praticate a 20 individui; Esami del sangue 16 di cui 12 positivi.

Ospedalizzati grandi nessuno, piccoli nessuno; nessun morto di malaria».

Popolazione fluttuante: «Censiti 252 individui, dei quali 200 immuni e 52 malarici tutti grandi; recidive 10.

Consumo totale del Chinino Kg. 3.260».

E' bene riportare qui l'andamento della Malaria dell'anno scorso (1922) in due altre località. Ed all'uopo scriveva:

Nella *Zona dell'Acquataccio*: «Individui visitati 835, malarici cronici profilassati 455, sani profilassati 282, *recidive* 99 (cioè il 22 %) primitive 4, perniciose 4».

Nella *Zona della Barbuta*: «Individui visitati 1225; malarici cronici profilassati 837, sani profilassati 299, *recidive* 77 (cioè il 9 %) laddove nel 1921 le recidive ammontarono al 55 %, primitive 2, perniciose 3».

Ora i dati cui ho precedentemente accennato per la *Zona della Valle dell'Inferno* per il corrente anno 1923, dimostrano come in questa Zona si abbia avuto un numero di *malarici cronici* del 30 % (362 su 1189) cioè circa 1/3 della popolazione; ed un numero di *recidive* del 27 % (87 su 316) che è quanto dire che 1/3 di malarici cronici recidivarono; cifra che è sempre superiore a quella data dalle altre due sopraccennate Zone dell'anno scorso.

Questi risultati dimostrano all'evidenza come noi siamo in questa *Zona della Valle dell'Inferno* in presenza della *località la più infetta di Malaria* tra tutte le località del Suburbio e che per essere quasi in Città è fomite di Malaria pure per tutta quella parte di Roma che si chiama Trionfale bassa; con quanto danno è facile capire: S'impone quindi, come ebbi già ma invano a consigliare l'anno scorso, che la *Campagna Antimalarica* (Vigilanza e Cura dei malarici dell'anno che salgono al bel numero di oltre 300) *sia continuata anche nel periodo interepidemico*, se si vuole per l'avvenire valorizzare questa lotta in questa così fortemente colpita località.

E che dette Campagne antimalariche non debbano essere interrotte nei mesi invernali io lo dimostrai con dati statistici inoppugnabile quando per la *Zona della Barbuta* scrivevo: «il numero delle recidive ivi sarebbe stato quest'anno (1922) solo del 9 % laddove due anni prima fu del 50 %; questo prova all'evidenza l'efficacia dell'opera compiuta, in quella Zona, di profilassi durante l'intiero anno (oltre 12 mesi)»; mentre per la *Zona dell'Acquataccio* scrivevo: «ivi nel 1919 io avevo avuto una percentuale di recidive del 50 %, che scese nel 1920 al 18 %, mentre tornava a salire nel 1922 al 20 % a cagione che ivi, nel 1921, nessuna profilassi razionale e regolare era stata fatta a quella popolazione».

Intanto a rendervi men gravi le conseguenze dell'infezione malarica, l'Ufficio VIII affidava, sotto il mio controllo, al dott. Marani della Cooperativa «Victoria» l'incarico della lotta Antianofelica che si compiè in due riprese dacchè, iniziata nell'aprile, fu intensificata nell'ottobre, per cui fu praticata la distruzione delle larve nei ristagni d'acqua che si formano nelle fosse di scavo della creta e nei pili d'impasto della creta che vengono abbandonati; ed una ultima generazione di Anopheles e Culex si ebbe nella seconda quindicina di ottobre; e si praticò in molte decine di ambienti la distribuzione delle alate mercè la fumigazione con Acido Cianidrico gassoso e solo dove le condizioni di ambiente rendevano pericoloso od impossibile l'uso di questo potente insetticida si procedette alla cattura manuale con provette contenenti cotone imbevuto di Cloroformio od Etere.

SUNTI E RASSEGNE.

ARTICOLAZIONI.

Disturbi da alterazioni dell'articolazione sacro-iliaca.

(LANE ROBERTS. *Lancet*, 21 aprile 1923).

Le più recenti osservazioni cliniche hanno dimostrato che le alterazioni dell'articolazione sacro-iliaca sono la causa essenziale di molti disturbi la cui natura era oscura o falsamente attribuita.

L'articolazione sacro-iliaca è una diartrosi: le superficie articolari delle due ossa sono ricoperte da una cartilagine che sembra ialina, ma che in effetti è fibro-cartilagine, e di esse quella del sacro è più spessa e più solida. La capsula è formata da legamenti intrinseci ed è nella parte inferiore molto meno resistente. La cavità sinoviale ha una notevole estensione: la sua forma è diversa nell'uomo e nella donna; in questa è molto meno tortuosa, ha meno anfrattuosità, il che consente una maggiore libertà di movimenti.

Le articolazioni pelviche sono costituite in modo da rendere possibili i movimenti in certe direzioni e da smorzare gli effetti degli urti e degli sforzi. In effetti la stabilità dell'articolazione dipende essenzialmente dal tono dei muscoli e dalla robustezza dei legamenti.

I movimenti dell'articolazione sacro-iliaca consistono nella inclinazione degli ischi sul sacro, che provoca un aumento del diametro trasverso del bacino, mentre, a causa della doppia obbliquità delle superficie articolari un movimento indietro della parte superiore del sacro determina un aumento del diametro antero-posteriore del bacino.

I principali fattori che influenzano la mobilità dell'articolazione sacro-iliaca sono i seguenti:

1) Il sesso: le anfrattuosità articolari nel maschio non consentono ampi movimenti, mentre nella donna l'assenza delle anfrattuosità stesse ed il rilasciamento fisiologico dei legamenti durante la mestruazione e la gravidanza consentono un ben netto quantunque limitato spostamento dei rapporti articolari.

2) Anomalie anatomiche: la esistenza di faccette post-auricolari, le anomalie dell'articolazione lombo-sacrale, quali l'articolazione delle apofisi trasverse della quinta vertebra lombare con l'ala del sacro o con l'osso iliaco impediscono la mobilità dell'articolazione sacro-iliaca.

3) La posizione eretta: in questa posizione il peso del corpo gravita verticalmente in giù sul primo pezzo del sacro in modo da provocare una rotazione in avanti del sacro, movimento al quale si oppongono: *a*) il legamento sacro-ischiatico inferiore, che così è fortemente stirato; *b*) i robusti legamenti sacro-iliaci posteriori, che agendo sul fulcro delle superfici articolari tendono a divaricare le ossa iliache per quanto lo consente la sinfisi pubica; *c*) la spinta in alto ed all'interno dei femori.

Le più comuni cause patologiche di rilasciamento e di distrazione dell'articolazione sacro-iliaca sono le seguenti: 1) il rilasciamento fisiologico si verifica nella mestruazione e nella gravidanza; 2) i traumi, la debolezza generale, o altri processi patologici predisponenti a disturbi articolari: *a*) le posizioni false, come stare in una posizione di estrema lordosi, o sedere con la curva lombare riversata; *b*) negli individui robusti con visceroptosi, il peso del contenuto addominale aumenta la lordosi; *c*) i busti mal costruiti aumentano la lordosi e premono sulle creste iliache. Tutte queste condizioni provocano abnorme pressione sull'articolazione e così attraverso stadii di infiltrazione sierosa, ingrossamento della membrana sinoviale e separazione delle superficie articolari, i movimenti si fanno più ampii nel senso dell'avvenuto rilasciamento.

Oltre a ciò si può avere anchilosi dell'articolazione sacro-iliaca nel rachitismo, nelle cachessie, nella debolezza costituzionale, nei disturbi nervosi funzionali, nelle donne multipare, specie in quelle che sono costrette a camminar molto o a trasportar pesi. I sintomi di questa condizione sono molto varii: si possono avere dolori leggeri alla regione sacro-iliaca e dolori diffusi a tutta la pelvi, andatura claudicante e talvolta anche completa inabilità.

La distrazione sacro-iliaca può assumere i seguenti tipi:

a) subacuta: si ha in seguito ad incurvamento. In questo movimento la protezione è data dalla contrazione dei muscoli antagonisti, la distrazione è istintivamente ostacolata dalla iperestensione della colonna lombare. È ben noto come tutti quelli che per ragioni di professione o per altro sono costretti a stare curvi più o meno a lungo, di tanto in tanto, quando è cessata la ragione dell'incurvamento, si dirizzano ed iperestendono indietro istintivamente la schiena mettendo così a posto le articolazioni. La forma subacuta di distrazione sacro-iliaca oltre che per ragioni di professione o di mestiere si può verificare nel-

le donne partorienti, e anche negli operati, specie donne, poichè il rilasciamento dovuto alla narcosi dei muscoli spinali protettivi favorisce la distrazione provocata dallo stare a lungo disteso sulla schiena, quando non si sia avuta l'accortezza di porre sotto la regione lombare un cuscino che ne conservi il normale incurvamento;

b) acuta: il paziente sente improvvisamente come spezzarsi la schiena, può con difficoltà tenersi eretto, ed avverte un dolore acuto nella regione lombare inferiore. Il dolore scompare con il riposo, poi riappare e diventa più forte e più diffuso dopo le 24 ore;

c) cronica: per lo più è dovuta a traumi che provocano rottura o stiramento dei legamenti, eventualmente spostamento delle ossa e sublussazioni.

Il disturbo subiettivo del rilasciamento e della distrazione sacro-iliaca più imponente è il dolore. Questo può essere localizzato all'articolazione sacro-iliaca, o in prossimità della regione lombo-sacrale ed essere riferito alle gambe ed ai piedi. Si esacerba con i movimenti che implicano lo spostamento dell'articolazione affetta, ma non con la pressione dei nervi. Di solito è unilaterale, e più forte la notte quando si è nella posizione supina, si allevia con i cambiamenti di posizione dalla dorsale alla laterale. Di giorno può anche mancare a meno che le articolazioni non siano stirate nella posizione seduta, in piedi, incurvata, nel montare le scale. Nelle donne il dolore si esacerba con la mestruazione.

Obbiettivamente si constata:

1) Mobilità anormale che si verifica: *a*) nella iperestensione simultanea delle cosce in modo da muovere le ossa iliache sul sacro; *b*) quando il paziente stando in piedi alza prima un ginocchio e poi l'altro, l'osservatore poggiando una mano sul pube e l'altra sul sacro avverte una mobilità anormale; *c*) mettendo il pollice sul sacro e le altre dita sulla cresta iliaca e facendo sollevare al paziente seduto su di una sedia prima una gamba e poi l'altra si avverte anche una mobilità abnorme; *d*) la stessa mobilità si avverte mettendo la mano a piatto sul sacro del paziente sdraiato sul dorso ed invitandolo a sollevare prima un arto inferiore e poi l'altro.

2) Atteggiamenti e posizioni abnormi: quando il paziente sta in piedi il corpo è inclinato dalla parte opposta; quando il paziente si leva da sedere ha la spina dorsale rigida e cerca appoggio con le mani; nell'inclinarsi manca la flessione della spina; nel camminare, nei casi acuti, i passi sono brevi per evitare il dolore e, in casi cronici, sono dolanti; il paziente nel sedersi poggia il lato sano allo scopo di evitare ogni pressione su quello malato.

3) Limitazione di movimenti: si ha nei movimenti del tronco in avanti, indietro e lateralmente: nei casi gravi quest'ultimi movimenti possono essere talmente ridotti che il corpo è flesso in avanti e lo stare in piedi è impossibile.

Dr.

Diagnosi differenziale dell'artrite reumatoide come entità clinica.

(V. COATES e R. GORDON. *British med. Journ.*, 29 settembre 1923).

Per artrite reumatoide gli AA. intendono una forma di artrite subacuta o cronica, eventualmente con inizio od esacerbazioni acute, che porta ad alterazioni strutturali notevoli delle articolazioni lese, che si associa ad alterazioni digestive, del metabolismo generale, della formula ematologica, e ad ingrossamenti glandolari. Ne escludono le artriti da causa nota, gonococciche, pneumococciche, tubercolari, ecc.

I fattori predisponenti dell'artrite reumatoide sono il reumatismo articolare acuto, l'influenza, infezioni a focolaio (anche dentarie, ecc.), il parto e il puerperio. I disturbi gastrointestinali, anoressia, flatulenza, sopratutto costipazione, generalmente non sono in rapporto con infezioni localizzate del tratto gastroenterico ed organi annessi.

L'artrite reumatoide di consueto prende prima le piccole articolazioni distali dell'arto superiore, che divengono tumide e dolenti; è caratteristico l'inizio dalla seconda e terza articolazione interfalangea e dal polso, nonchè la distribuzione simmetrica.

Sono alterati i ligamenti e la sinoviale, che però non contiene mai un abbondante versamento; le ossa, in vicinanza delle superfici articolari, si mostrano rarefatte ai raggi X. Progredendo le lesioni si giunge alla deviazione ulnare delle dita, al piede piatto, ad una discreta mobilità laterale del ginocchio, ecc.

Vi sono inoltre sintomi di lesioni endocrine: sudorazione, concitazione cardiaca, esagerazione dei riflessi tendinei, instabilità nervosa, parlano per un disturbo tiroideo. (L'esagerazione dei tendinei può anche essere in rapporto col non uniforme inizio dell'amiotrofia - *N. d. R.*). Disturbi vasomotori e trofici cutanei non sono rari. L'amiotrofia precoce e notevole, contribuisce a dare agli arti l'aspetto fusiforme.

Si notano spesso tumefazioni delle ghiandole linfatiche, epitrocleari, ascellari, inguinali, ecc.

Nel sangue per lo più si notano segni di anemia secondaria, con lieve leucocitosi, aumento relativo dei piccoli mononucleati.

Talora la milza si palpa. Non di rado vi è ipo- o acloridria. Febbre si può avere all'inizio, e poi per brevi periodi. Il decorso è lento. Bisogna con assidua cura prevenire le notevoli deformità degli arti.

Nella patogenesi taluni danno importanza notevole all'achilia gastrica, perchè favorirebbe le fermentazioni intestinali, nonchè l'arrivo di germi, specie streptococchi, nell'intestino, con produzione e assorbimento notevole di tossine, eventualmente di emolisine e di neurotossine. Però l'A. fa giustamente osservare che tutto il metabolismo è alterato in questa malattia, per la quale, in conclusione, poco si sa dell'etiologia e della patogenesi.

DORIA.

Sulla cosiddetta artrite reumatoide ed osteoartrite.

(A. FISHER. *Brit. med. journ.*, 21 luglio 1923).

Le alterazioni possono iniziare dalla cartilagine, che assume il cosidetto aspetto fibrillare. Esso è dovuto, secondo le ricerche dell'A., alla struttura lamellare della matrice. Le lamelle sono disposte in varie direzioni, e costituite di elementi collageni, ed elementi a mucina, meno resistenti. Quando, per qualunque influenza dannosa questi degenerano, rimangono gli elementi collageni, che dànno l'aspetto fibrillare alle sezioni. Secondo l'A. la cartilagine si nutrisce per imbibizione linfatica, attraverso gl'interstizi tra gli strati: egli ha dimostrato che dell'argento colloidale iniettato nella sinoviale si riassorbe attraverso di essi.

Mentre alcune cellule degenerano altre proliferano attivamente, probabilmente in risposta allo stimolo chimico o fisico che le colpisce. Così verso i bordi si ha un sollevamento della cartilagine. Lo stimolo raggiunge l'osso e la sinoviale contigua alla cartilagine alterata: questi tessuti divengono iperemici e sono sede di proliferazione più o meno attiva. Si hanno così osteofiti e condrofiti, i quali ultimi talora divengono liberi nella cavità articolare ed ivi seguitano ad accrescersi. I vasi neoformati possono poi divenire arteriosclerotici, ma ciò non è certo la causa delle alterazioni della cartilagine: essa va ricercata o in influenze meccaniche (osteoartrite traumatica), o in tossine batteriche (mercè le quali l'A. ha potuto riprodurre sperimentalmente l'osteoartrite in animali) o in influenze tossiche di altra origine, da disturbi endocrini, ecc. Sarebbe quindi inesatta la denominazione di *morbus coxae senilis*, nonchè quello di osteoartrite atrofica, trattandosi piuttosto di un processo primitivamente flogistico.

Le alterazioni possono anche iniziare dalla sinoviale e raggiungere poi la cartilagine. Di solito sono forme meno croniche, nelle quali la sinoviale è coperta da un panno di tessuto di granulazione: in esso possono formarsi della cartilagine, dell'osso, del tessuto adiposo.

Gli osteofiti al bordo della cartilagine possono formarsi, ma piuttosto tardi. È naturale che la parte centrale della cartilagine risponda alle influenze dannose degenerando, come quella che è meno nutrita, mentre la parte periferica, meglio nutrita risponde con un'attiva proliferazione. L'A. ha potuto riprodurre una tipica forma di osteoartrite asportando la parte centrale della cartilagine; le parti periferiche, nello sforzo di riparazione, crebbero sproporzionatamente, interessando l'osso e la sinoviale.

Pertanto la cosidetta osteoartrite traumatica, in cui la parte centrale della cartilagine va distrutta, è da considerare piuttosto come un processo fisiologico che patologico.

L'A. propone la seguente nomenclatura:

Artrite cronica (A: monoarticolare, B: poliarticolare);

1) tipo sinoviale;
2) tipo osteocondrale;
3) tipo misto.

Consiglia di approfondire lo studio delle cause dell'artrite cronica, specialmente di quelle batteriche, che potrebbero meglio essere combattute.

L'esame del liquido articolare non basta, perchè, ad es., nell'artrite blenorragica il liquido è spesso sterile.

Consiglia pure di studiare meglio la fisiologia articolare, perchè poco o nulla sappiamo della sinovia e delle funzioni della cartilagine: ancora oscure sono alcune questioni sulla sua struttura.

DORIA.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Dott. prof. Francesco Valagussa. «*Il bambino*». *Consigli d'igiene ad una mamma.* 3ª edizione. Editore Luigi Pozzi. Roma, 1924. — Prezzo L. 15.

Questo libro sul bambino si rivolge alla corda più delicata e sensibile del nostro cuore; ricordando il noto adagio del Giusti, si può dire che esso fa la gente per davvero, poichè insegna i precetti e l'arte di far crescere figli sani e robusti. Insegna ad evitare molti pregiudizi, molti pericolosi consigli dei parenti e delle comari che si credono esperte, tanti danni che i nostri figliuoli sconterebbero duramente per molto e molto tempo.

Credo che non sia stato ancora scritto il tormento di una giovane mamma, cui la scuola nulla ha insegnato e la famiglia ha tentato rigorosamente di nascondere tutto, davanti agli angosciosi problemi, che si presentano irti di interrogativi all'alba di una nuova vita. Quel piccolo essere è così fragile e così caro; un nonnulla può attenuare o spegnere il soffio prezioso, che lo anima! Come bisogna alimentarlo? Come vestirlo? Come abituarlo per renderne facile e rigoglioso lo sviluppo? Come interpretarne i pianti ed i capricci? Quando deve dormire? Quando può uscire per via? Sembrano questioni da nulla; ma chi ha vegliato presso una culla, sa quanto siano gravi, quanto ansiosamente la giovane mammina cerchi una risposta, interrogando la mamma sua, le vecchie zie, le amiche di casa, la levatrice, un'antica persona di servizio. E le risposte sono discordanti, spesso piene di errori: molti ricorderanno la sofferenza che procura un bambino quando piange e soffre e si illanguidisce, mentre la gente intorno non sa fare altro che aumentare il disagio e la confusione. Il medico di casa non sempre è là per rispondere a tutto; assai spesso è attratto da cure ben più gravi e si infastidisce di entrare in mille particolari minuti, che variano giorno per giorno. È la mamma che deve sapere. Questo libro le risponde: risponde a tutto, ai più piccoli e modesti quesiti; si sofferma su tutti i particolari, non sdegna nessun punto per quanto umile possa parere; con precisione, con metodo, con chiarezza. E poi dice ancora alla mamma come può far preparare minestrine gradite al suo bimbo, come può curarne da sè qualche piccola indisposizione, come deve assisterlo nelle sue malattie. Infine spiega a che mese può aspettarsi il primo sorriso, la prima parola, il primo dente; le illustra i progressi della piccola intelligenza ed il modo di essere utile al suo caro nei primi giuochi, che sono le sue prime occupazioni. Ma insieme a tanti consigli, le dà un severo ammonimento: che ella non devé abdicare mai i suoi diritti ed i suoi doveri di madre — i diritti ed i doveri più eccelsi che l'umanità conosca e davanti a cui non vi è uomo che non si inchini reverente e commosso —; non deve abdicarli dunque nelle mani di una bambinaia, anche se forestiera e patentata, per qualsiasi ragione; nè evitare mai di allattare il proprio figlio, se ragioni imperiose non costringano il medico ad ordinarglielo.

Questa verità è bene sia detta così nettamente e rigidamente da chi molte cose ha visto e molti mali ha curati nel suo largo esercizio professionale, perchè, se la donna italiana delle classi popolari non ha bisogno di questo monito, di pari passo con la ricchezza si diffonde nelle classi superiori la triste abitudine di lasciare il figliuolo a mani mercenarie, per destinare il tempo ad occupazioni assai meno importanti o addirittura a frivolità. Nessuno nella società deve sottrarsi al proprio dovere: nè l'uomo, che ha quello di lavorare ed — occorrendo — combattere per la patria; nè la donna, che deve allevare i figliuoli. La madre, che si sottrae volontariamente al compito di allattare ed allevare il proprio figlio, commette un delitto, se non contro la legge scritta, certamente contro la morale sociale.

Il libro dice di parlare specialmente alle mamme ed è scritto per ogni cultura, praticamente, da un medico vissuto per lunghi anni a contatto dei piccoli di ogni condizione: dalla Reggia alla casa del popolo. Io credo che esso contribuirà a salvare molte vite appena dischiuse e certamente anche il medico potrà trovarvi diverse nozioni, che non apprende nel comune insegnamento universitario, e che gli riusciranno utilissime nel quotidiano esercizio della sua pratica.

Prof. Arcangelo Ilvento.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Schmidt ed Hessmann. *Röntgenterapia (superficiale e profonda).* 6ª edizione accresciuta, 300 pag., 103 fig. A. Hirschwald, ed., Berlino, 1923. — Dollari 1.95.

Questa nuova edizione del trattato dello Schmidt, accresciuto e modificato e messo al corrente delle nuove idee sulla radioterapia per opera di Hessmann, è un libro che può essere utile nelle mani degli specialisti in materia. Tutta la parte fisica è trattata sommariamente (pag. 62) per dar largo posto alla

parte terapeutica sia superficiale che profonda: lo specialista potrà trovare le indicazioni e la tecnica per le più svariate malattie, e le nozioni più recenti sulle applicazioni della radioterapia profonda. MILANI E.

JOSEPH KOWARSCHIK. *Elettroterapia (Elektrotherapie).* 2ª edizione, 312 pag., 274 figure, 5 tavole. J. Springer, ed., Berlino, 1923. — Dollari 2.90.

Il libro di K. non ha bisogno di presentazione giacchè la 1ª edizione si è esaurita rapidamente e questa nuova edizione accresciuta e corredata di nuove figure e di tavole avrà come la precedente indiscussa fortuna. Il libro è di quei pochi trattati completi sotto ogni punto di vista e di cui noi manchiamo: tutte le novità nel campo della elettroterapia sono tenute in debito conto e il medico è al corrente di tutte le nuove idee sulle correnti elettriche e sulla costituzione dell'atomo. La galvanizzazione, la faradizzazione, l'alta frequenza, la diatermia, la franklinizzazione, sono trattate ampiamente sia dal punto di vista fisico sia dal punto di vista delle applicazioni mediche; ampio è il capitolo sui fondamenti fisiologici della elettroterapia; corredata di numerose figure è la parte delle applicazioni terapeutiche per le singole malattie. E specialmente quest'ultima parte che si legge con interesse sopratutto per alcune applicazioni che per molti medici possono costituire delle vere novità. MILANI E.

TOBIAS ERNST. *Hydro- und Thermotherapie von inneren und Nerven-Krankheiten.* In 16° piccolo, pag. 280. Urban & Schwarzenberg. Berlin u. Wien, 1923.

Sono 11 prelezioni, che l'A. ha dettate in vari anni, per corsi di perfezionamento. Esse costituiscono una sintetica trattazione delle pratiche idroterapiche e termoterapiche non solo riguardo alla loro tecnica di esecuzione, ma ancor più riguardo alle loro indicazioni cliniche. Ciò che più giova è l'aver distinte le singole malattie (per es., malattie nervose quali sciatica, nevriti, paralisi, ecc., oppure malattie polmonari quali asma, tubercolosi, enfisema, ecc.) ed aver per ciascuna indicate le cure fisiche corrispondenti.

Molte questioni cliniche, come la possibilità e l'utilità dei bagni nei periodi mestruali e nella gravidanza, ovvero nelle flogosi subacute del peritoneo, ecc., sono brevemente ed efficacemente trattate. Assai chiaro ed istruttivo il capitolo, in appendice, sulla diatermia.

g. sabatini.

E. DI TOMMASI. *Le terme di Agnano presso Napoli.* L'Universelle, Imprimerie polyglotte. Roma, 1923.

Con questa pubblicazione edita contemporaneamente anche in francese, inglese, tedesco, il Prof. Di Tommasi, Direttore delle Terme di Agnano, ci fa conoscere le molteplici ed importanti risorse terapeutiche che per fortunata disposizione naturale si trovano riunite nel bacino di Agnano. Dopo un cenno storico, l'A. espone sistematicamente i vari elementi che costituiscono il complesso organismo di quella Stazione Termale, dando poi le indicazioni terapeutiche.

A. Z.

G. REDAELLI. *Le stazioni climatiche invernali italiane.* Un op. di pag. 64. — Milano (via S. Andrea, 5). Prezzo L. 1.

Estratto da «Milano in Campagna» questo opuscoletto, tutto inframezzato di pubblicità, contiene utili indicazioni. R. B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 2 dicembre 1923.

Presidenza del prof. V. ASCOLI - Presidente.

Sulla cura chirurgica dell'estrofia vescicale.

Prof. R. ALESSANDRI. — L'O. dopo aver brevemente ricordati i vari metodi di cura chirurgica dell'estrofia vescicale ed averne fatto rilevare i difetti, si ferma a parlare più diffusamente dei metodi preferibili quali quelli di trapianto degli ureteri o meglio del trigono nel sigma, o direttamente (MAYDL) o in un'ansa parzialmente esclusa o con anastomosi latero-laterale (BORELIUS) o sezionandola e unendo ad Y il capo superiore nell'inferiore e nel tratto escluso praticando l'impianto.

A suo parere l'impianto del trigono sul sigma è preferibile perchè più agevole; escludendo parzialmente l'ansa in cui si fa il trapianto si diminuisce di molto il pericolo dell'infezione ascendente che è pure ostacolata dalla permanenza delle disposizioni anatomiche protettive esistenti negli sbocchi ureterali nella parete vescicale, mentre impiantando direttamente gli ureteri sezionati, con qualunque tecnica l'infezione ascendente è più facile; mentre d'altra parte la continenza ottenuta per lo sfintere anale è sufficiente e coll'abitudine e col tempo diviene buona e l'urina nel retto è ben tollerata.

Riferisce quindi il caso occorsogli e presenta il ragazzo da lui operato in cui praticò la Maydl con la modificazione del Borelius apportando ancora

un'altra modificazione già ideata dal Giordano quella cioè di far sporgere la cupola dove si deve fare il trapianto attraverso un'asola peritoneale stabilita nella parte più declive, mentre l'incisione laparotomica viene suturata completamente, e fissare il tratto dell'ansa sporgente tutto intorno all'occhiello peritoneale, in modo da renderla extraperitoneale, e preservarsi così, praticato il trapianto, in caso di deiscenza parziale della sutura, da un'infezione peritoneale.

Con tale metodo il ragazzo operato non presenta disturbo alcuno, egli si è abituato a vuotare il retto ogni tre o quattro ore durante il giorno, anche più a lungo nella notte e durante il sonno non ha emissione involontaria di liquido dall'ano. Non presenta sintomi di infiammazione del retto, la defecazione è normale e indipendente dall'emissione delle urine.

Il prof. BASTIANELLI rileva che il risultato ottenuto dal prof. Alessandri è veramente notevole. Nei casi da lui operati e dei quali diede conto all'Accademia nel 1914 e nei successivi, si verificò che di notte v'era spesso incontinenza. Alcuni di questi infermi sono vivi da più di 10 anni e non ha avuto precise notizie su questo punto, se cioè sia avvenuto un adattamento.

Per il confronto fatto tra un operato secondo Heitz-Boyer-Hove-Lacque e quelli secondo Maydl tipico o secondo Borelius non gli è risultato vantaggio in favore del primo. Egli ritiene che l'impianto del trigono sul vertice del colon pelvico escluso con anastomosi laterale ampia sia il metodo di scelta perchè assai più facile e meno pericoloso.

Un caso di cisti ematica del collo.

Prof. L. DOMINICI. — L'O. riferisce il caso di una cisti ematica del collo operata da lui nell'Ospedale di S. Giacomo che si allontana per qualche carattere e specie per la sede nel sottocutaneo dai casi che sono stati descritti e che chiarisce l'origine della cisti.

Dal dato clinico anamnestico della riducibilità ben descritta dal paziente ma non più osservata all'esame obbiettivo; dall'osservazione anatomopatologica della struttura della parete cistica simile a quella di una parete venosa alterata e della comunicazione fra cavità cistica e lume della giugulare superficiale mediante un piccolo foro occluso da un coagulo, causa forse della stessa scomparsa della riducibilità, l'O. pensa che la così detta cisti ematica sia da considerare come derivante da una dilatazione sacciforme della giugulare superficiale che era in via di isolarsi completamente e dar luogo alla formazione di una cavità del tutto chiusa.

Nel caso dall'O. riferito l'origine della cisti è quindi quella fino ad oggi supposta soltanto per un certo numero di casi e che non era stata ancora dimostrata: trattasi in realtà non di una vera e propria cisti, ma di un'ectasia sacciforme della giugulare superficiale che era forse in procinto di chiudere completamente la comunicazione colla vena e formare una vera e propria cisti.

L'epilessia sperimentale da eccitamenti afferenti nei cani profondamente morfinizzati.

Prof. G. AMANTEA. — Dalle esperienze eseguite dall'O. risultano con sicurezza accertati i seguenti fatti:

a) L'eccitabilità corticale colla morfinizzazione generale progressiva si eleva gradualmente fino a un limite massimo che resta poi invariato;

b) Associando alla morfinizzazione generale e profonda l'azione eccitante locale della stricnina (o della stessa morfina) su un determinato centro corticale sigmoideo, si rende possibile provocare, anche in animali non predisposti, accessi di epilessia riflessa, stimolando la zona riflessogena corrispondente al centro stricninizzato, senza differenze apprezzabili rispetto a quelli che possono fornire gli animali predisposti indipendentemente dalla morfinizzazione;

c) Che negli animali non predisposti e morfinizzati cessa la possibilità di provocare l'epilessia in via riflessa colla distruzione del centro stricninizzato, per ricomparire colla stricnizzazione di altro centro.

Certamente la morfina nelle dosi impiegate rispetta tutti i meccanismi neuro-muscolari che intervengono nell'epilessia da eccitamenti afferenti; anzi rende possibile di provocare così l'epilessia, mentre prima tale possibilità mancava.

Per la spiegazione dei fatti osservati si ripromette altre esperienze a tale scopo dirette e che solo potranno dare argomenti per confermare o escludere l'una o l'altra delle due supposizioni che l'O. fa per ora a semplice titolo di ipotesi di lavoro:

a) Che la morfina possa agire modificando la funzione dei meccanismi centrali che intervengono nell'accesso di epilessia riflessa;

b) Che essa invece possa agire deprimendo la funzione dei meccanismi centrali normalmente destinati a frenare o moderare l'eccitabilità dei precedenti.

Sui mezzi di diagnosi della funzionalità epatica.

Prof. G. SABATINI. — L'O. ha ricercato la sufficienza epatica saggiando le varie funzioni epatiche contemporaneamente nello stesso soggetto e ciò per le diverse malattie.

Ha trovato dati per cui le diverse malattie epatiche si traducono con alterazioni di alcune funzioni e l'integrità di altre.

Propone l'adozione di uno schema clinico ben definito, che comprende le serie di tutte le funzioni epatiche, per lo studio della funzionalità e ciò per mettersi in grado di rivelare la insufficienza monofunzionale e rendere paragonabile i risultati delle ricerche.

L'azione vitaminica di alcune sostanze nervine.

Prof. P. DI MATTEI. — Espone le ricerche eseguite sui colombi per saggiare il probabile potere integrativo nelle alimentazioni incomplete delle più diffuse sostanze nervine.

Insiste sul concetto della pluralità chimica delle sostanze capaci di azione vitaminica e sulla probabile natura sinergica di questa azione.

E. GROSSI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Nuovo metodo di esame funzionale dello stomaco.

K. Glässner e H. Wittgenstein (*Wiener Klin. Wochenschrift*, n. 45, 1923) osservano che la mucosa gastrica secerne alcune sostanze iniettate nei tessuti; tra queste una sostanza colorante, il rosso neutro, viene eliminato per via gastrica con modalità sempre eguali. Questa sostanza è adatta per tal genere di esami perchè essa è una sostanza colorante neutra e perchè colorando essa anzichè i nuclei o il protoplasma cellulare, soltanto le lacune umorali dei tessuti, la linfa e le granulazioni, può facilmente venir seguita nel suo passaggio attraverso le glandole. Gli autori sono stati i primi ad applicare il metodo all'uomo iniettando nei glutei 4 cmc. di soluzione acquosa all'1 % di rosso neutro a digiuno e ricercando poi col sondaggio gastrico quando la sostanza venisse eliminata dallo stomaco. Normalmente 12 minuti dopo l'iniezione, il succo gastrico comincia ad essere colorato in rosa. La eliminazione gastrica delle sostanze coloranti è accelerata nei casi di iperacidità (comparsa del colore 8 minuti dopo l'iniezione), diminuita nei casi di ipoacidità (comparsa del colore da 25 a 45 minuti dopo l'iniezione) e ancor più nei casi di achilia (comparsa del colore un'ora e mezza dopo l'iniezione oppure assenza dell'eliminazione gastrica del colore).

L'esame di stomachi resecati operatoriamente poco dopo l'iniezione di rosso neutro dimostrò che la secrezione della sostanza colorante avviene esclusivamente nella sezione pilorica e prepilorica dello stomaco. Su 60 casi sottoposti dall'autore a tale prova funzionale egli ha potuto riscontrare sempre un parallelismo esatto tra il tempo di eliminazione gastrica del colore iniettato nei glutei e il grado di acidità del contenuto.

POLLITZER.

CASISTICA E TERAPIA.

Metastasi carcinomatose cerebro-meningee.

Benchè relativamente raro, il carcinoma cerebrale secondario è una metastasi già nota del carcinoma viscerale; i noduli carcinomatosi secondarii nel cervello sono in genere multipli e possono raggiungere parecchie centinaia; le loro dimensioni variano da proporzioni quasi microscopiche a parecchi centimetri di diametro. Sono di solito situati profondamente nel cervello, hanno tendenza rapida alla degenerazione e, quando non sono circoscritti ma infiltrano i tessuti nervosi, li distruggono più rapidamente dei gliomi. La metastasi cerebrale è sempre accompagnata da altre metastasi viscerali od ossee. La mammella è la sede primitiva più frequente, vengono poi i polmoni e la pleura. (*Morgagni*, 5 agosto 1923).

Meno noto è il carcinoma delle meningi, sebbene tale localizzazione non debba essere rara, ma solo difficilmente riconosciuta. In generale la sintomatologia clinica della infiltrazione neoplasica delle meningi molli è quella di una meningite acuta che complica gli ultimi stadii di un carcinoma viscerale. In tali casi, secondo certi autori, viene spontanea alla mente la diagnosi di meningite tubercolare, ma la assenza di febbre e delle note alterazioni del liquor la fanno escludere. Talvolta la puntura lombare diede esito ad un liquido leggermente torbido con cellule libere di tipo maligno e della forma che fu riscontrata nel tumore primario. I segni usuali di compromissione meningea sono costituiti da alterazioni psichiche che dall'apatia passano ad accessi di agitazione psicomotoria e finiscono in coma; sono da attendersi le convulsioni generalizzate o locali, le paralisi dei nervi cranici; vi si aggiungono poi una cachessia rapida e talora altre localizzazioni. La sede primaria è di solito lo stomaco. La dimostrazione anatomo-patologica è possibile solo con l'esame microscopico; talvolta quando la lesione è molto intensa si osserva macroscopicamente una leggera opacità lattea ed un inspessimento delle meningi molli.

A. F.

La trapanazione decompressiva nel tumore cerebrale.

Il tumore cerebrale, quando non si può fare una esatta localizzazione, non può essere aggredito con speranza di successo. Si può però ugualmente in tali casi portare un certo sollievo al malato, praticando la decompressione; questa potrebbe farsi con la puntura lombare, la quale però è in generale controindicata nel tumore cerebrale, poichè si sono veduti non pochi casi di sincopi mortali durante l'estrazione del liquido; comunque, quando si debba fare la puntura lombare in un individuo affetto da tumore cerebrale, la si praticherà col malato in posizione sdraiata ed estraendo il liquido con grande lentezza.

Più consigliabile, secondo Hartmann (*Journal des praticiens*, 12 maggio 1923) è invece la trapanazione; quand'anche però si sia lo-

calizzato il lato affetto, rimane la scelta della regione in cui fare la breccia. Va esclusa la regione frontale per la bozza che rimarrebbe in seguito all'ernia cerebrale e così pure quella parietale perchè il cervello si comprime talvolta contro la breccia e ne risultano delle paralisi; sulla regione cerebellare l'operazione presenta difficoltà tecniche notevoli. Cushing ha proposto la zona sottotemporale, che avrebbe il vantaggio di evitare le paralisi e di dare deformità minima. Egli consiglia di tagliare un lembo cutaneo nella regione della tempia, incidendo anche l'aponeurosi cranica e ribattendo il lembo; si dissociano allora le fibre del muscolo temporale seguendo una direzione obliqua e parallela alla loro direzione, poi allontanando le fibre, si fa una trapanazione appena sufficiente per introdurre una pinza con cui si allarga il foro; si incide allora la dura madre ed il cervello viene ad essere decompresso. Si sutura poi il muscolo temporale; i malati ne risentono sollievo senza che si abbiano a lamentare deformità. A. Z.

Le soluzioni saline ipertoniche contro l'aumento di tensione intracranica.

Se ne occupa T. Fay (*Journ. A. M. A.*, 19 maggio 1923). Dapprima Cushing e Foley iniettavano nelle vene una soluzione concentrata di NaCl: poi il metodo venne modificato, adottando la somministrazione di una soluzione di solfato di magnesio per bocca o per clistere.

L'iniezione endovenosa di NaCl in soluzione al 15 % (50-120 cc.) è di effetto più rapido, quale può occorrere, ad es., sul tavolo operatorio, per craniotomie esplorative con dura madre molto tesa: già dopo 20 minuti riduce sensibilmente la pressione intracranica.

Con la somministrazione di solfato di magnesio si riesce a combattere sintomi come la cefalea, il vomito, il coma; si riesce a ridurre la tensione del liquor in modo da poter studiare con più cura le localizzazioni, e, all'intervento, poter esporre la corteccia senza pericolo. I fenomeni del cosiddetto edema midollare, lo stupore, con caduta del respiro e del polso in seguito ad operazioni intracraniche, vengono efficacemente combattuti con questa terapia. Si sciolgono 90 grammi di solfato di magnesio in circa 175 cc. di acqua calda, e si introducono nel retto per mezzo di un catetere di gomma e una siringa. L'effetto diviene evidente dopo circa un'ora.

Per bocca si danno 45 gr. di solfato in circa 250 cc. d'acqua; si può ripetere dopo 4 ore.

La via rettale è più comoda, e meno fastidiosa pel paziente: di tanto in tanto si estrae il liquido che si va raccogliendo. Se il paziente è irritabile si aggiungono 4 cc. di tintura canforata di oppio alla soluzione del sale. Si devono ridurre al minimo le bevande.

L'uso del cloruro sodico per bocca, in compresse, non è preferibile perchè facilmente provoca vomito, sete intensa, gastrite, e non presenta alcun vantaggio teorico.

Il solfato di magnesio in due anni di uso, non diede inconvenienti.

Il metodo è utile anche nel glaucoma, nell'edema della glottide, nell'edema polmonare (non però da causa renale! N. D. R.).

DORIA.

L'ioxina ed il solfato di magnesio, combinati, nelle manifestazioni a carico del nucleo lenticolare.

Paulian e Brauner di Bucarest (*La Presse Méd.*, n. 90, 1922) hanno iniziato delle ricerche sull'azione dell'ioxina e del solfato di magnesio sia separati che combinati, nelle manifestazioni dipendenti dal nucleo lenticolare. La disarmonia tonica consecutiva è stata notevolmente influenzata dall'azione combinata di questi due medicamenti.

In un primo caso si trattava di un quarantenne affetto da Parkinson da parecchio tempo. Praticate delle quotidiane iniezioni di ioxina, dopo venticinque, sessanta, novanta o poco più minuti, si notava l'azione sedativa completa del medicamento. Si iniettano per via rachidea 2 cc. della soluzione al 25 % di solfato di magnesio: dopo due ore i tremori dell'arto inferiore sono cessati, quelli dell'arto superiore non sono modificati. L'indomani, essendo ricomparsi i tremori, il p. riceve 1 cc. di ioxina all'1 per mille.

L'effetto dell'ioxina dura otto ore, dopo una terza puntura sei ore, e così il tempo che passa dalla iniezione di ioxina fino alla scomparsa del tremore, si accresce a mano a mano che ci si allontana dall'iniezione di solfato di magnesio.

Identiche constatazioni in un secondo Parkinson. Sembra dunque che l'azione del solfato di magnesio (1-2 cc. della soluzione 25 per 100) per via rachidea non è troppo dimostrativa nella malattia di Parkinson (salvo l'arresto temporaneo dei movimenti dell'arto inferiore, in uno dei due casi); al contrario il solfato di magnesio modifica l'azione dell'ioxina diminuendo il tempo che passa tra l'iniezione dell'ioxina fino ad effetti, prolungandone l'effetto.

L'azione combinata dei due medicamenti si è dimostrata efficace anche contro i disturbi della parola in un p. (affetto da emiplegia destra infantile, emiatetosi), con probabile lesione del nucleo lenticolare. MONT.

Dermografismo ed orticaria.

Laiguel-Lavastine (*Journal des praticiens*, 1923, n. 41) esamina le relazioni tra dermografismo ed orticaria.

Il dermografismo piano, senza rilievo, non ha alcun valore semeiologico, perchè è un fenomeno banale. Nè la sua persistenza può costituire criterio sicuro di anormalità, perchè riesce difficile fissare una durata oltre la quale si entra nel patologico. Tuttavia si è convenuto di dar valore semiologico al dermografismo piano che persiste oltre quindici minuti.

Tale dermografismo, come quello a rilievo sotto forma di cordoni o cercini bianchi, rosei o rossi, costituiscono stimmate di neuropatia. Il primo è un eritema ed il secondo una orticaria sperimentali, nell'uno e nell'altro caso però senza prurito.

Il dermografismo a rilievo è caratterizzato dalla comparsa sulla stria rossa di papule di color rosa o bianco, che confluendo prendono l'aspetto cheloideo e disegnano un rilievo apprezzabile al tatto, e contornato da una zona eritematosa più o meno diffusa. Può durare qualche minuto, ma anche più ore.

Il dermografismo è molto frequente negli epilettici, nei dementi precoci, nei paralitici generali, nei basedowiani.

Esso è l'espressione di una debolezza irritabile vaso-motrice legata ad una perturbazione del simpatico, organica come negli emiplegici, o funzionale, come nei basedowiani.

L'orticaria è un'eruzione essenzialmente pruriginosa, il cui elemento anatomico è un'efflorescenza a rilievo, ben circoscritta, di consistenza dura, rotonda, ovalare o polimorfa, di colore rosa o bianco opalino. Si distingue dal dermografismo a rilievo per l'esistenza a prurito, perchè si produce spontaneamente, cioè non a mezzo di volute eccitazioni meccaniche della pelle.

L'orticaria è una manifestazione di intossicazione: è un fenomeno serico, anafilattico, idiosincrasico, e costituisce uno degli elementi delle angioneurosi familiari. Essa è l'espressione cutanea reattiva dell'ipereccitabilità del vago. Nel meccanismo patogenetico dell'orticaria c'è un fattore parasimpatico.

d.

Facies alcoolica.

Vavro Srobar (*Bratislavske Lekarske Lisiy*, giugno 1923) distingue varie espressioni mimiche degli alcoolizzati:

1) Espressione d'agitazione e di esaltazione. Il sustrato anatomico di questa espressione consiste nella contrazione esagerata dei muscoli frontale, sopracigliare e piramidale del naso e contemporanea ipotonia del m. orbicolare delle palpebre. È un'espressione incostante e passeggera.

2) Espressione di stanchezza, di abbandono, di imbecillità. Il sustrato anatomico consiste in contrazione del m. frontale ed elevatore della palpebra superiore con ingrandimento della rima palpebrale, con ipotonia generale della musculatura della faccia. È questa l'espressione caratteristica della faccia dell'ubbriachezza.

3) Espressione di scontento e di cattivo umore. È dato da contrazione considerevole dell'elevatore della palpebra superiore con esagerazione marcata della plica naso-labiale nella parte superiore e delle pliche dell'angolo interno dell'occhio; la parte inferiore della plica naso-labiale rimane flaccida ed i muscoli grande e piccolo zigomatico sono ipotonici. Questa è un'espressione persistente.

d.

Il trattamento dell'emicrania col lattato di calcio.

Sebbene la lista degli antichi rimedii contro l'emicrania sia lunga, nessuno di essi ha dato risultati soddisfacenti. Le recenti ricerche tendono a riconoscere che la causa fondamentale dell'emicrania consiste in uno *shock* anafilattico, spiegando così i rapporti di essa con altre malattie del sistema nervoso, quali l'epilessia. La teoria dell'anafilassi non spiega però le relazioni fra l'emicrania e lo sforzo oculare, considerazione non trascurabile, poichè i sintomi connessi con la visione sono senza dubbio i più frequenti e notevoli.

Si ha spesso all'inizio un improvviso oscurarsi della vista, seguito in breve da scotomi, barbaglio, emianopsia, talvolta vertigini. Viene poi la cefalea, per lo più localizzata ad una tempia, aumentata fino all'angoscia da ogni movimento od aumento della tensione endocranica. La nausea, il vomito completano il quadro, che può durare per qualche ora o prolungarsi per qualche giorno. Il quadro naturalmente non è sempre completo; quando è limitato alla nausea od al vomito può indurre in errori diagnostici.

Come rimedio fra gli attacchi è stato consigliato il siero di cavallo a piccole dosi, oppure il peptone preso a stomaco vuoto; in tali rimedii, A. Douglas Bigland (*British med. Journal*, 23 novembre 1923) nutre scarsa fiducia, mentre invece insiste sulla correzione dei difetti di rifrazione. Buoni risultati si otterrebbero invece con l'uso del lattato di calcio, da prendersi a dosi di 30 grani (g. 1.80) al primo inizio della emicrania, annunziato dal-

l'aura oculare. È consigliabile la forma in pastiglie, le quali però non devono essere preparate da troppo tempo, chè altrimenti non hanno alcun effetto. In una serie di 20 pazienti dell'A., 16 dichiararono che con tale trattamento gli accessi abortivano, 2 guarirono completamente; in altri 2 non si ebbe alcun risultato. Questo metodo di cura, molto semplice, merita di essere tentato allo scopo di alleviare i disturbi spesso gravi dell'emicrania.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Acetone e diagnosi differenziale tra scarlattina e morbillo. — Al dott. M. G., Frontale:

L'acetone può trovarsi e nelle urine dello scarlattinoso e nelle urine del morbilloso: la sua presenza quindi non deve essere elevata alla dignità di segno differenziale. D'altra parte le moderne concezioni sull'organo preponderante nella formazione di questo corpo, e l'esperienza clinica, dimostrano che la sua presenza è comune a molte malattie infettive.

T. PONTANO.

Cura del kala azar. — Al dott. A. F. da T.:

Iniezioni endovenose di tartaro emetico, soluzione uno per cento. Si cominci il trattamento con due centigrammi (2 cc. della soluzione); la dose si può elevare fino a 10 centgr. La cura dura da 15 a 40 giorni, la dose totale del rimedio giunge da 25 ad 85 centgr.

t. p.

Per la cura dell'acoolismo. — Al dott. F. Cauci da Orsonna:

Non conosciamo nessun rimedio atto a far aborrire il vino; la polvere Koza non era che una mistificazione (risultava in prevalenza di bicarbonato sodico ed è stata gradatamente vietata in quasi tutti gli Stati). Il mezzo più efficace è internamento in istituti *ad hoc* (in Italia non ci risulta che ne esistano) od in case di salute. Alle volte riesce la persuasione, che induca all'astinenza completa (non alla semplice temperanza, dalla quale si ricade nella tossicomania).

L. V.

Propaganda igienica. — Al dott. C. A. Guelmi da Pieve Porto Morone e al dott. G. Castelli da S. Giovanni Valdarno:

Per i testi relativi consultare le risposte già date nel 1919 a pp. 469 e 729 e nell'anno corrente a p. 63.

R. B.

Medici di bordo. — All'abb. n. 9909:

Non è prescritto ogni quanto tempo abbiano luogo gli esami di idoneità a viaggiare come medico di bordo. Nel corrente anno non sembra che vi possa essere una sessione di esami della quale in ogni caso verrebbe dato avviso nel nostro giornale.

M. C.

Nel Congo Belga. — Al dott. M. Z. da P.:

Le informazioni che Ella desidera circa le modalità del servizio e le condizioni economiche dei medici pel Congo Belga le troverà nel fascicolo 29 dello scorso anno del nostro periodico.

Pericoli derivanti dal clima tropicale e dall'ambiente certamente non mancano, ma a questo riguardo Ella potrà consultare con profitto la pregevole opera del dott. Edoardo Baccani, già ufficiale medico della R. Marina Italiana, e che porta appunto il titolo « Il Congo ».

M. C.

All'abbonato n. 8637 - 1:

Non ci risulta che in Italia vi siano istituti gratuiti o semigratuiti che ricoverino esclusivamente epilettici.

a. a.

VARIA

Infantilismi.

W. Stekel in uno dei volumi dedicati ai disturbi della vita affettiva, nei quali si rivela così profondo conoscitore dell'anima umana da lui scandagliata sino al fondo più gelosamente nascosto, mette in rilievo la grande importanza che ha l'elemento infantile nel campo della sessualità. Dall'innocuo narcisista, soddisfatto nell'ammirazione del proprio corpo, allo sciocco esibizionista che non è altro che una derivazione di quello, fino alle perversioni più grottesche o repugnanti, tutto ha la sua profonda radice nelle prime impressioni dell'età infantile che pesano poi per tutta la vita. Per questo appunto lo Stekel, parafrasando una frase di Giampaolo, afferma che tutte le prime cose vivono eternamente nell'uomo, osservazione del resto lungamente discussa e dimostrata da Leopardi nel suo Zibaldone. Si arriva così alla conseguenza un po' paradossale che noi vediamo solo per una volta, sentiamo solo per una volta, soffriamo solo per una volta; tutto il resto della nostra vita non è se non la copia della prima impressione.

Ma non solo nel campo sessuale si palesano gli infantilismi; essi si riflettono su tutta la vita morale ed intellettuale e possono rendere l'individuo incapace a vivere nella realtà. Si tratta di individui in cui la vita della fantasia sovrasta di gran lunga la gioia della realtà; a causa di tale predominio, essi sono

pigri, temono che ogni lavoro li disturbi nelle loro fantasticherie; solo qualche eccezionale tempra d'artista sa trasformare in opere di arte la propria fantasia, che rimane sterile negli altri. Questo rifuggire dal lavoro è un fenomeno pericoloso anche per la società ed è stato purtroppo acuito e generalizzato dalla guerra.

Un altro difetto degli infantilisti è il narcisismo, quando si esplica nel campo morale; abbiamo in tal caso individui con un esagerato concetto di loro stessi e l'incapacità di esercitare un'autocritica e quindi di migliorarsi; essi costituiscono i ridicoli superuomini che hanno in nausea tutto il mondo, a cui si sentono tanto superiori.

Anche i popoli vanno soggetti ad infantilismi, anzi si può dire che la caratteristica dell'anima popolare è infantile. La guerra stessa con tutte le sue atrocità è stata un ritorno alla quasi incosciente crudeltà infantile. Secondo Stekel, essa sarebbe addirittura stata preparata dalla adorazione e quasi deificazione del bambino che, iniziatasi alcuni decenni or sono, perdura tutt'oggi e sembra quasi soverchiare ogni altra questione sociale. In tutta la vita pubblica del resto si vedono regressioni verso l'infantilismo; tale è l'esagerata passione per lo sport, il quale non è se non un giuoco dell'umanità; si arriva a tal segno da seguire con ansia non dissimile da quella dei tempi di guerra le vicende di una partita di *boxe* e di far assurgere i pugilisti quasi all'importanza di eroi nazionali.

Analoghi fenomeni si vedono nell'arte; la pittura sembra voler ritornare ai primordî, prendendo a modello i motivi egizî o fenicî; si vuol quasi rifarsi una verginità studiando i disegni infantili o le scolture delle tribù barbare. Il dadaismo, il futurismo tendono a ritornare all'uso del balbettio infantile od a colpire l'immaginazione con pure impressioni sbalorditive senza fare appello alle facoltà superiori dell'uomo. Anche la grande diffusione del cinema non è che un regresso in confronto del libro e del teatro, che esigono una partecipazione dei centri superiori; in quello invece tutto è legato alle sole impressioni visive più grossolane. L'infantilità del pubblico è anche dimostrata dalle sue preferenze che vanno sempre verso le storie mirabolanti di poliziotti e le comicità grossolane.

Noi dobbiamo lottare contro ogni infantilismo che tende a minorare gli individui e ad immiserire la società. È necessaria una riforma della vita sociale che infondere sappia in tutti il senso della realtà, anche facendo comprendere che la vita dei romanzi e delle pellicole cinematografiche non è che una caricatura di quella reale. Una sana educazione familiare ed un grande rispetto per l'anima del bambino, il quale ha occhi ed orecchi aperti fin dalla più tenera età, devono essere la base di questa lotta. È soprattutto, per evitare lo sviluppo di infantilismi nel campo sessuale, bisogna dare all'amore il posto che si merita; noi dobbiamo addirittura educare all'amore. Negli infantili lo vediamo prendere forme grottesche, che essi non sanno vincere; solo chi ha imparato a superare l'odio ed a rivolgere agli altri il suo amore, potrà vincere i suoi infantilismi e divenire l'uomo nel più alto senso della parola.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

D'ALESSANDRO e FUÀ. *Atti del Congresso Medico-Chirurgico Marchigiano.* — Ancona, Stab. Coop., 1922.

FALCI EMILIO. *Über die Untersuchungsmethoden, die Häufigkeit und Bedeutung des Vorkommens von Tuberkelbazillen in den Fäzes und im Urin von Lungentuberkulösen.* — Leipzig, J. A. Barth, 1923.

FIAMBERTI A. M. *Encefalite epidemica cronica a tipo respiratorio con esito in guarigione.* — Pesaro, G. Federici, 1923.

FILIPPI EDUARDO. *L'aspirina nelle infezioni.* — Napoli, G. Barca, 1923.

FRANCIONI CARLO. *La Clinica Pediatrica di Bologna nella nuova sede.* — Firenze, Luigi Niccolai, 1923.

FUBINI EMANUELE. *Contributo allo studio di un nuovo metodo siero-diagnostico del cancro.* — Borgo S. Dalmazzo, Ist. Graf. Bertello, 1923.

ID. *Terapia ferruginosa ad alte dosi.* — Borgo San Dalmazzo, Ist. Graf. Bertello, 1923.

JAEGER HUBERT. *Les maladies vénériennes en Suisse.* — Berne, Büchler & C., 1923.

GALLI PAOLO. *Allergia tubercolinica e pertosse.* — Napoli, Stab. Tip. «La Novissima», 1923.

ID. *Il cloruro di calcio nella cura del morbillo.* — Milano, F. Vallardi, 1922.

GALLI PAOLO. *I recenti metodi curativi della pertosse.* — Firenze, Luigi Niccolai, 1923.

GENOVA A. *Di un caso raro di mostruosità fetali multiple e placenta previa.* — Milano, L. F. Cogliati, 1923.

GUIDA TOMMASO. *Di alcune sindromi febbrili nell'infanzia.* — Napoli, N. Jovene, 1923.

LANDOLFI MICHELE. *Il segno-spia di un'apicite tubercolare latente durante il decorso di una bronchite catarrale acuta.* — Napoli, N. Jovene, 1923.

LICINI CESARE. *La chirurgia nella tubercolosi ossea.* — Milano, Soc. Ed. Libraria, 1923.

ID. *Uretrotomia e cura dei restringimenti blenorragici dell'uretra.* — Milano, Soc. Ed. Libraria, 1923.

ID. *La calcolosi vescicale nell'infanzia.* — Milano, Soc. Ed. Libraria, 1923.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Gli obbietti dell' amministrazione sanitaria secondo le nuove disposizioni.

Esponemmo sistematicamente, nel fascicolo precedente, le nuove norme concernenti gli organi giuridico-amministrativi e tecnici dell'amministrazione sanitaria. Riassumiamo ora le disposizioni riguardanti gli *obbietti,* i rimedi giuridici e le disposizioni generali e transitorie.

Il *decreto* 30 *dicembre* 1923, *n.* 2889, che contiene il complesso di queste norme in forma di emendamenti e di aggiunte alla legislazione vigente, è stato pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale del* 15 *gennaio* 1924, *n.* 12.

Dell'igiene del suolo e dell'abitato.

Rimangono in vigore le disposizioni degli articoli 66 a 71 del testo unico 1° agosto 1907.

È emendato soltanto l'ultimo comma dell'art. 71 nel senso che il ricorso contro i provvedimenti del Prefetto, nei casi di sostituzione al Sindaco per dichiarazione di inabitabilità, ordini di chiusura, ecc. e negli altri casi previsti nello stesso articolo, deve essere diretto al Ministero dell'interno.

Della risicoltura.

Sono devolute al sottoprefetto le attribuzioni che l'art. 79 del testo unico demandava al Prefetto in caso di mancato o insufficiente adempimento del servizio di assistenza medica e farmaceutica gratuita a favore dei lavoratori avventizi addetti alla mondatura e alla raccolta del riso.

Dell'igiene delle bevande e degli alimenti.

Nei casi di condanna per vendita o somministraazione di cibi o bevande guaste, infette, adulterate o in altro modo insalubri o nocive (art. 114, t. u.) il magistrato può aggiungere alle pene stabilite la sospensione dall'esercizio della professione o dell'arte.

Si considera adulterato il latte rigenerato per diluizione di quello condensato, il quale contenga meno del 3 % di sostanza grassa.

Attribuzioni ed obblighi nei casi di malattie infettive.

Il medico che abbia osservato un caso di malattia infettiva e diffusiva pericolosa o sospetta di esserlo, oltre l'obbligo della denuncia al Sindaco ed all'ufficiale sanitario, ha il dovere di cooperare alle prime urgenti disposizioni sanitarie per impedire la diffusione della malattia e, *di regola,* anche alle cautele igieniche necessarie durante la epidemia.

Inoltre, per prevenire o combattere la diffusione di malattie infettive, ogni medico-chirurgo iscritto nell'albo di un Ordine del Regno, è tenuto a prestare l'opera sua in qualsiasi Comune al quale sia destinato rispettivamente dal Prefetto o dal Ministro dell'Interno a seconda che il Comune appartenga o non alla Provincia nella quale il sanitario risiede. Il provvedimento di destinazione determina le condizioni di assunzione e dichiara la competenza passiva della relativa spesa.

Ciò è stabilito oltre l'obbligo previsto nell'articolo 124 del testo unico. Anche in questa ipotesi di assunzione in servizio si applicano le disposizioni del secondo e terzo comma dell'art. 124.

La speciale procedura stabilita dall'art. 127 del testo unico per l'occupazione di proprietà private, a norma degli art. 71, 72 e 73 della legge 25 giugno 1865, n. 2359 e della legge 18 dicembre 1872 e dell'art. 7 della legge 20 marzo 1865, n. 2248, all. *E,* è applicabile in qualsiasi caso, anche all'infuori di quello di malattie epidemiche, in cui vi sia, nell'interesse della tutela della salute pubblica, necessità assoluta ed urgente di occupare proprietà particolari per servizi sanitari, compresa la protezione per le opere di presa e di conduttura di acque potabili.

Ogni cittadino, dimorante in un comune in cui si sia manifestata una malattia infettiva di carattere epidemico è tenuto a dare, nell'interesse dei servizi di difesa contro la malattia, le prestazioni conformi alla sua condizione, arte o professione, delle quali venga richiesto dal Sindaco. Il provvedimento del Sindaco è preso su parere dell'ufficiale sanitario e contiene le condizioni dell'assunzione.

Vaccinazione.

La vaccinazione antivaiolosa è obbligatoria entro il primo semestre successivo alla nascita e dovrà essere ripetuta quando abbia avuto esito negativo. È inoltre obbligatoria la rivaccinazione all'ottavo anno di età ed ogni qualvolta sia disposta dall'autorità competente.

Il vaccino è conservato a cura e sotto la responsabilità del medico provinciale: la spesa per la provvista del vaccino, la conservazione e la spedizione è a carico della Provincia: la spesa per il servizio di vaccinazione e la tenuta dei registri è a carico del Comune.

La Provincia ha facoltà di integrare il servizio di vaccinazione; in certi casi può esservi obbligata dal Prefetto.

Malaria e chinino.

Nelle zone dichiarate malariche, ai coloni ed agli operai impiegati in modo permanente o avventizio in qualsiasi lavoro con rimunerazione fissa o a cottimo, dove ed in quanto le istituzioni pubbliche di beneficenza non hanno mezzi per provvedervi, l'*amministrazione provinciale fornirà gratuitamente* il chinino per tutta la durata del trattamento preventivo e curativo dell'infezione malarica, *secondo l'avviso del medico provinciale, sugli*

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

elementi fornitigli dal medico circondariale. I Comuni ne cureranno la distribuzione secondo le prescrizioni del medico comunale e del medico che ne ha l'incarico.

Il riconoscimento delle circostanze determinanti l'obbligo dell'impianto dei mezzi di difesa contro la penetrazione degli insetti aerei è fatto dal medico provinciale con motivato rapporto e la dichiarazione è fatta per decreto del Prefetto.

Pellagra.

Nel caso di resistenza o di rifiuto del Comune all'adempimento degli obblighi stabiliti per combattere la pellagra (sez. V, art. 174 e segg. testo unico) provvede il sottoprefetto.

Tubercolosi.

Con l'approvazione del Prefetto, udita la G. P. A., potranno essere costituiti consorzi fra la Provincia e Comuni nella medesima compresi per la creazione di istituti di cura per tubercolosi, la istituzione e il funzionamento di dispensari antitubercolari ed in genere per la esplicazione delle diverse forme di attività dirette a combattere la tubercolosi.

Se al Consorzio partecipano provincie diverse occorre l'approvazione del Ministero dell'Interno. Tali consorzi possono essere dichiarati obbligatori.

Dei regolamenti locali d'igiene.

I regolamenti locali d'igiene sono deliberati dai Consigli comunali e approvati dalla G. P. A. Se il Comune non provveda, il regolamento è compilato d'ufficio dal Sottoprefetto. Il visto è apposto dal Prefetto. Il Ministero dell'Interno può annullare o modificare il regolamento, ma non ne è richiesta più l'approvazione, che era prescritta dall'art. 200 del testo unico.

Rimedi giuridici.

Oltre le ripercussioni che sono derivate necessariamente, *circa i rimedi giuridici*, dalla modificazione dell'ordine di molte attribuzioni degli organi dell'amministrazione attiva, speciali disposizioni sono stabilite per singoli casi e per norme di massima in relazione ai ricorsi, cioè alla competenza ed ai termini.

Una compiuta trattazione si risolverebbe, in gran parte, in una lunga casistica — forse inutile — e non sarebbe opportuna, data l'indole di questa rivista.

Ci limitiamo, perciò, a semplici delucidazioni, anche per segnalare la delicatezza dell'argomento e la necessità che nei casi di dubbio sia chiesto parere tecnico legale.

Avvertiamo, anzitutto, che quando la legge dice «il provvedimento è *definitivo*» si intende che contro di esso non è ammesso *reclamo in via gerarchica*, ma soltanto ricorso in sede giurisdizionale al Consiglio di Stato o in via straordinaria al Re (il primo nel termine di giorni 60; l'altro nel termine di giorni 180 dalla notificazione del provvedimento definitivo) o, nei casi espressamente indicati dalla legge (per es., licenziamento dei sanitari condotti deliberato dai Comuni, dalle Provincie e dalle Opere Pie, per motivi disciplinari), alla Giunta Provinciale Amministrativa in sede contenziosa in primo grado e al Consiglio di Stato in secondo grado.

I provvedimenti *non definitivi* — cioè quelli che non sono dichiarati espressamente definitivi dalla legge e che sono compiuti da autorità gerarchicamente ordinate ed inferiori ad altre e non riguardano l'esercizio di attribuzioni *direttamente* demandate ad esse dalla legge — *sono suscettivi di reclamo in sede gerarchica.*

Contro i provvedimenti non definitivi non si può ricorrere direttamente in sede giurisdizionale; ma si deve esperire prima il reclamo gerarchico, salvo poi il ricorso giurisdizionale contro il provvedimento definitivo emanato sul reclamo gerarchico.

È fondamentale la disposizione dell'art. 113 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2839, contenente disposizioni per la legge comunale e provinviale:

«A meno che non sia diversamente stabilito per «*singoli casi*:

«*a*) *contro i provvedimenti del Sotto Prefetto* «*è ammesso ricorso gerarchico al Prefetto, che de*«*cide definitivamente.* Sono altresì soggetti a ri«corso gerarchico i provvedimenti del sottoprefet«to emanati in virtù della delegazione contempla«ta nel comma 2° del presente decreto (cioè per «attribuzioni delegate dal Prefetto al Sottopre«fetto). La decisione del Prefetto in tal caso è de«finitiva se il provvedimento delegato sia defini«tivo.

«Il termine utile per la presentazione del ricor«so è di giorni 15 dalla notifica o comunicazione «dell'atto o provvedimento contro cui si ricorre.

«*b*) contro i provvedimenti del Prefetto, che «non siano definitivi, è ammesso entro il termine «di 15 giorni ricorso gerarchico al Ministro com«petente che decide definitivamente».

In genere, il termine per il ricorso gerarchico, che era di trenta giorni, è ridotto a 15.

Analogamente dispone l'art. 86 del Decreto 30 dicembre 1923, n. 2889, concernente la riforma sanitaria: «A meno che non sia espressamente stabili«lito per i singoli casi:

«*a*) contro i provvedimenti delle *autorità sa*«*nitarie comunali* è ammesso ricorso gerarchico al «Sotto Prefetto, che decide udito il parere del me«dico circondariale;

«*b*) contro i provvedimenti del Sotto Prefetto «è ammesso ricorso gerarchico al Prefetto, che de«cide definitivamente, udito il parere del medico «provinciale.

«Il termine utile per la presentazione dei ricorsi «al Sotto Prefetto o al Prefetto è di quindici «giorni dalla notifica o comunicazione dell'atto «contro cui si ricorre;

«*c*) contro i provvedimenti del Prefetto *che* «*non siano definitivi*, è ammesso, entro il termine «di giorni 15, ricorso gerarchico al Ministero del«l'Interno che decide definitivamente».

È da avvertire che le deliberazioni degli enti autarchici, per es., dei Comuni rappresentati dai

propri organi amministrativi (Giunta Comunale, Consiglio e Sindaco quale capo dell'amministrazione e non quale ufficiale del Governo) sono senz'altro definitive, nel senso che non è ammesso reclamo gerarchico trattandosi appunto di enti autarchici e non di organi compresi nella gerarchia amministrativa.

Così è anche per le Provincie, i Consorzi e in genere per tutti gli enti autarchici territoriali e istituzionali.

Sono definitivi i provvedimenti del Prefetto indicati:

— agli art. 181, 193 e 199 del testo unico delle Leggi sanitarie, 1° agosto 1907.

— all'art. 87 del reg. gen. san., 3 febbraio 1901, n. 45.

— all'art. 36 del reg. san., 19 luglio 1906, n. 466.

— all'art. 4 del reg. 28 febbraio 1907, n. 61.

— all'art. 38 del reg. 5 nov. 1903.

— agli art. 25, 26 e 111 del reg. 25 luglio 1892, n. 448.

— agli art. 9, 11, 12, 19, 23, 25, 27, 37, 38 e 64 del reg. 10 maggio 1914, n. 533.

Riferendoci, infine, ai casi più frequenti e che riguardano interessi di particolare rilievo, segnaliamo le seguenti competenze.

1° Ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (termine 60 giorni) o in via straordinaria (termine 180 giorni) per violazione di legge, incompetenza ed eccesso di potere, contro le deliberazioni degli enti autarchici (Comuni, Provincie, Opere Pie) concernenti nomine; nonchè contro le deliberazioni di licenziamento per fine del periodo di prova dei medici, veterinari, farmacisti e levatrici.

2° Ricorso al Ministero dell'Interno — termine giorni 15 — contro il provvedimento del Prefetto nei casi di dispensa per inabilità al servizio o per ragioni di servizio e di collocamento a riposo in confronto dell'ufficiale sanitario; è pure ammesso ricorso gerarchico al Ministero contro i provvedimenti disciplinari del Prefetto, compresa la revoca, in confronto degli ufficiali sanitari; anche in questi casi il termine è di giorni quindici. Contro il provvedimento del Ministro è poi ammesso ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale.

3° Contro le deliberazioni di licenziamento e di sospensione per un tempo superiore a tre mesi, il medico condotto, il veterinario, il farmacista, la levatrice possono ricorrere alla Giunta Provinciale Amministrativa in sede contenziosa, la quale giudica *anche del merito* del provvedimento (termine 30 giorni); contro le decisioni della G. P. A. è poi ammesso ricorso anche per il merito, al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (termine 30 giorni); per qualsiasi altra punizione, il rimedio è identico ma il giudizio riguarda la *legittimità* e non il *merito*.

4° Contro i provvedimenti disciplinari adottati dal Prefetto, in sostituzione del Comune, in confronto dei sanitari condotti, è ammesso ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (termine 60 giorni): il sindacato è anche di merito se si tratti di licenziamento o di sospensione superiore a tre mesi, è di sola legittimità negli altri casi.

5° Contro le deliberazioni dei Comuni concernenti la dispensa dei sanitari condotti, per riconosciuta inabilità al servizio, è ammesso ricorso alla Giunta Provinciale Amministrativa e poi al Consiglio di Stato, come per il licenziamento (n. 3).

6° Contro il provvedimento del Prefetto che *obbliga* un medico condotto o libero esercente a prestare servizio in un Comune, nei casi in cui il servizio di assistenza medico chirurgica non possa essere altrimenti assicurato, è ammesso ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale o in via straordinaria al Re.

7° Contro la validità delle operazioni elettorali per i Consigli amministrativi degli Ordini è ammesso ricorso al Ministero dell'Interno, nel termine di giorni 15; è ammesso pure ricorso gerarchico al Ministero contro le decisioni dell'adunanza generale degli Ordini concernenti l'albo e le punizioni disciplinari e contro i decreti prefettizi di scioglimento dei Consigli amministrativi degli Ordini e di punizioni disciplinari adottate dai Prefetti in sostituzione degli Ordini.

Disposizioni finali.

Le norme del nuovo decreto entrano in vigore il quindicesimo giorno dalla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* — cioè il 31 gennaio 1924. Però, le disposizioni degli art. 5 e 6 (laboratori provinciali), 7 (servizi provinciali antitubercolari e antirabbici) e 69 (somministrazione gratuita del chinino da parte della provincia) avranno effetto (dice il decreto all'art. 90) «non oltre il 31 dicembre 1924», cioè saranno applicate gradualmente nel corso di quest'anno.

Le nuove attribuzioni deferite ai Sotto Prefetti avranno effetto a misura che sarà attuata l'organizzazione sanitaria circondariale.

Sarà compilato un nuovo testo unico.

Il Governo del Re è anche autorizzato a modificare i regolamenti sanitari a scopo di decentramento delle funzioni amministrative e tecnico sanitarie; d'altra parte, la necessità di un nuovo ed organico regolamento generale è ormai improrogabile.

N. B. — *A coloro che ci rivolgono quesiti concernenti ricorsi e i termini relativi, raccomandiamo di segnalarne la urgenza essendo ridotto da trenta a quindici giorni il termine per i reclami in sede gerarchica.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BUDDUSÒ (*Sassari*). — Condotta medica poveri capoluogo. Stipendio lordo L. 7400; quattro aumenti sessennali decimo; doppia indenn. caro-viv.; L. 500 uff. san. Scad. 30 gennaio.

CHIARANO (*Treviso*). — A tutto 10 feb. Ab. 4104. Una frazione. L. 6000 p. poveri, L. 2500 trasp., L. 500 indenn. alloggio, L. 400 se uff. san., c.-v., 5 quinq. decimo. Età lim. 40. Serv. entro un mese (entro due se già viene prestato servizio in altra condotta). Due anni in ospedale o condotta.

CHIUSA PESIO (*Cuneo*). — Per S. Bartolomeo; L. 6000 e 4 quinq. decimo; c.-v.; L. 200 arm. farm. Scad. 31 genn.

CISLIANO (*Milano*). — Consorz. con Cusago; abitanti 3300 con circa 350 pov.; ha. 2350. L. 6000 più quota complementare di L. 3000 e, ove sia il caso, L. 2 per ogni povero, oltre L. 1500 o L. 3000 per cavallo e carrozza. Scad. 31 gen. Un anno di condotta o due di osped. Età lim. 35.

COLLESALVETTI (*Pisa*). — Scad. 1 feb. Due cond. L. 6000 e quadrienni del decimo fino a L. 9000; L. 2000 cav.; L. 500 caro-foraggi.

CREMONA. *Consiglio degli Istituti Ospedalieri.* — Direttore sanitario e dirigente comparto medico; L. 17,000 oltre L. 3000 indenn. alloggio L. 1200 c.-v. Scad. ore 16 del 29 feb. Otto anni di servizio medico ospedaliero o cinque anni di aiutato in Clinica medica. Età lim. 45. Divieto di esercizio profess. libero.

FABRIANO (*Ancona*). — Scad. 20 feb.; 2ª condotta, di Albacina; L. 7250 e 10 bienni ventesimo, due c.-v., L. 2400 trasp., abitaz. gratuita. Fino a 1000 poveri.

MARATEA (*Potenza*). — A tutto il 31 gen. Vedi fasc. 3.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — 19 medici chirurgi assistenti con funzioni di interno; L. 5600 e c.-v. Titoli ed esami. Docum. all'Ufficio del Protocollo non oltre le ore 16 del 15 febbraio. Età lim. 39. - Vice dirigenti degli Ambulatori comunali oto-rino-laringoiatrico ed ostetrico-ginecologico; emolumento di L. 3000 con obbl. di 2 ore serv. giornal. escluse le domeniche, 30 giorni di congedo. Scad. ore 16 del 29 feb. Tassa di conc. L. 50. Età lim. 39. Serv. entro 15 g.

MOGLIANO (*Macerata*). — Scad. 31 gen. Due cond. Vedi fasc. 3.

MONTECRETO (*Modena*). — Scad. 31 gen. Stip. lire 8000, indenn. trasp. L. 2500.

MONTEGALLO (*Ascoli Piceno*). — Al 31 gennaio. Vedi fasc. 3.

MONTEPULCIANO. *RR. Ospedali Riuniti di S. Cristofano.* — Direttore sanitario e chirurgo operatore. Tirocinio triennale in clinica od Ospedale importante. Età 30-50; L. 12,000, oltre 40 % tasse operazione, tre sessenni. Cure di condotta, chirurgica. Scad. 18 feb.

POGGIO BUGGIANESE (*Lucca*). — Scad. 31 gen. Vedi fasc. 3.

RIVAROLO DEL RE (*Cremona*). — Residenza lire 7,800; per i primi 1000 poveri L. 2000; trasporto L. 1500; uff. san. L. 300; ambulat. L. 300; c.-v. Certificato di pratica ospedaliera o di condotta per un anno oppure titolo equipollente (*sic.*). Proroga ore 12 dal 29 febbraio. Consorzio.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Direttore dell'Ospedale di Derna. Domande al Ministero (Direzione Gen. per le Colonie dell'Africa Sett.) non più tardi del 10 feb. Età massima 50. Costituz. adatta all'impiego. Stip. L. 10,000; indenn. Coloniale L. 10,000; c.-v.; alloggio gratuito; libero esercizio della professione. Aumenti periodici degli assegni. Soli titoli.

S. CALOGERO (*Catanzaro*). — L. 4000 (*sic*) e c.-v. Scad. 10 feb.

S. LEO (*Pesaro-Urbino*). — Tre condotte (capoluogo e frazioni). Proroga al 31 gen.

S. MINIATO (*Firenze*). — Per Cigoli. L. 6000 e 8 trienni decimo, due c.-v., L. 2500 cav. Scad. ore 18 del 31 gennaio. Età limite 35. Tassa di concorso di L. 50, da versare all'Esattoria Com.

SCIARA (*Palermo*). — Stip. L. 5000, senza c.-v. (*sic.*); per uff. san. L. 500. Scad. 31 gen.

TRENTO. — Medico del dispensario comunale per la sifilide e per le malattie veneree. Scad. 15 feb. Stip. L. 6000. Quattro ore settimanali. Per condizioni dettagliate rivolgersi all'Ufficio municipale d'Igiene.

VICENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiale san. Medico capo del Capoluogo. Vedi fasc. 3. Scad. 31 gen.

Medico-chirurgo condotto, pratico condotte, quarantenne, cerca interinato ovunque buone condizioni. Indirizzo: Dott. Guido Demi - Monticiano (Siena).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Pier Ludovico Bosellini, destinato dal Ministro della P. I. a coprire la cattedra di Clinica dermosifilopatica nella R. Università di Roma, ha percorso una brillante carriera. Compiuti gli studi preparatori alla specialità quale aiuto di Clinica a Bologna, fu, in esito a concorso, nominato straordinario a Sassari nel 1912 e successivamente trasferito, per chiamate unanimi delle Facoltà, a Cagliari, Messina e Pisa; durante la guerra fu anche comandato per un anno a Padova. Tra le sue pubblicazioni emerge «La dermatologia nei rapporti con la medicina interna», che ha riscosso un consenso unanime.

I nostri rallegramenti sentiti all'insigne clinico.

La Commissione giudicatrice del concorso per titoli a Ispettori dermosifilografi provinciali, della quale hanno fatto parte i titolari delle cattedre di dermosifilografia di Napoli (prof. Stanziale) e di Roma (prof. Bosellini) ha proceduto alle seguenti designazioni:

1. Bari: Di Vella dott. Michele; 2. Bologna: Bagnoli dott. Nino; 3. Catania: Gravagna prof. Michele; 4. Firenze: Mazzone prof. Federico; 5.

Genova: Arman prof. Ermanno; 6. Livorno: Simonelli prof. Francesco; 7. Messina: Calderone dott. Carmelo; 8. Milano: Bellini prof. Angelo; 9. Napoli: Reale prof. Antonio; 10. Palermo: Cipolla prof. Michelangelo; 11. Roma: Pediconi prof. Pio, Garibaldi prof. Giuseppe; 12. Torino: Gallia prof. Carlo; 13. Trieste: Levi dott. Italo; 14. Venezia: Minassian prof. Pasquale. La stessa Commissione ha designato il prof. De Napoli Ferdinando per la nomina ad ispettore dermosifilografo generale, unico, a disposizione del Ministero dell'Interno con facoltà di risiedere fuori della Capitale; nomina che è stata già decisa dal Ministero stesso.

Il dott. Enrico Sbordoni di Roma, è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

La pubblicazione del volume degli atti del XXIX Congresso della Società Italiana di Medicina interna.

La Segreteria della Società Italiana di Medicina interna comunica:

« Giusta l'impegno assunto, nell'assemblea dei soci, dal prof. Vittorio Ascoli, l'invio del volume degli Atti del XXIX Congresso della Società Italiana di Medicina interna tenutosi in Roma nei giorni 24-27 ottobre scorso avrà luogo entro il corrente mese di gennaio.

« È un volume di circa 300 pagine, il quale vede la luce a brevissima distanza di tempo dalla chiusura del Congresso (sicchè la materia trattata conserva tutta la sua palpitante attualità), ed apre la collezione della nuova serie di volumi dei Congressi di Medicina interna.

« Detto volume viene spedito gratuitamente soltanto ai soci in regola col versamento della quota sociale del 1923 (L. 40), e agli aderenti regolarmente iscritti al XXIX Congresso.

« I soci i quali non sono in regola coi pagamenti delle quote, possono mettersi in paro, versando L. 40, per l'anno 1923, e L. 30 quale quota sanatoria per tutti gli arretrati; essi allora riceveranno, oltre il volume degli Atti del Congresso di Roma, i volumi degli Atti dei Congressi precedenti, di Firenze e di Trieste.

« In tale occasione si porta a conoscenza che, a mente del deliberato 24 ottobre 1923 del Consiglio direttivo della Società Italiana di Medicina interna, saranno definitivamente radiati per morosità tutti i soci che al 29 febbraio prossimo risulteranno ancora scoperti col pagamento delle quote sociali ».

Corso di perfezionamento in pediatria.

Si terrà presso la R. Clinica Pediatrica di Roma, dall'11 febbraio al 22 marzo. Tassa di iscrizione L. 250.50; tassa d'esame e diploma L. 50.10; diploma L. 21.80.

Corsi di perfezionamento in dermatologia e in sifilografia.

Avranno luogo nell'Hôpital St. Louis di Parigi, presso la Clinica dermo-sifilografica della Facoltà medica, col concorso di numerosi docenti; inizieranno rispettivamente il 30 aprile e il 2 giugno. Tassa d'iscrizione fr. 150 per ogni corso. Iscrizioni presso la Segreteria della Facoltà (rue de l'École de Médecine, sportello 3). Informazioni dal dott. M. Burnier, Chef de clinique, Hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin.

Per le stazioni di cura e per l'industria idrologica.

Il Presidente del Consiglio, assistito dall'onorev. Acerbo, ha ricevuto una rappresentanza degli stabilimenti Balneo-Termali d'Italia così composta: presidente gr. uff. Rebucci, vice-presidente cav. Saccani, avv. Lanfranconi, cav. avv. Violati, cav. Vorano, cav. Froner, cav. Conti, nonchè dell'on. prof. Bussi delegato del Gruppo medico parlamentare, e dal cav. prof. Gardenghi, dell'Università di Parma.

L'on. Mussolini ha ascoltato con molto interesse la esposizione fattagli dagli intervenuti intorno agli essenziali problemi di sviluppo delle stazioni di cura e della industria idrologica italiana, compiacendosi della assoluta fiducia da essi espressa in una politica di efficace interessamento del Governo nazionale per la quale sia restituito alla Patria il primato che altri Paesi possono vantare rispetto al moderno assetto delle loro stazioni di cura tanto giovevole alla loro economia anche per il richiamo di grandi colonie estere. Il comm. Rebucci ha presentato e illustrato un memoriale nel quale sono accennati tutti i problemi da risolvere. Il Presidente ne ha preso visione e ha dato incarico all'on. Acerbo perchè ponga subito allo studio presso gli uffici competenti le diverse questioni.

Sulla tassazione delle acque minerali e specialità terapeutiche.

Un Regio Decreto-legge stabilisce che a decorrere dal 1° dicembre 1923, le tasse speciali di bollo, esatte a mezzo di fascette o di bollino d'abbonamento, sulla vendita di profumerie, specialità medicinali, vini spumanti ed acque minerali in bottiglia, verranno sostituite dalla tassa generale di bollo sugli scambi, nella misura del 3 per cento, idonea a compensare l'Erario; esso detta anche le disposizioni transitorie.

In deroga a questo decreto si è stabilito che dal 1° gennaio al 30 giugno le specialità medicinali, ancorchè non munite di fascetta bollata o di bollino d'abbonamento, saranno vendute al pubblico con l'aggiunta dell'importo della tassa di bollo sulle vendite, di modo che tanto i prodotti muniti di fascetta bollata o di bollo, quanto quelli che ne sono sprovvisti, saranno venduti allo stesso prezzo.

Il Re concede l'alto patronato all'Istituto italiano di igiene sociale.

Il Sovrano, concedendo l'alto patronato e lo stemma sabaudo sormontato dalla reale corona all'Istituto italiano di igiene, ha dato la più solenne sanzione all'opera fervida in difesa del patrimonio umano della Nazione, svolta da questo Istituto nel triennio da quando fu fondato dal profes-

sore Ettore Levi, membro del Consiglio superiore di sanità del Regno.

A tale opera anche l'on. Benito Mussolini ha dato il suo più fervido consenso, quale cittadino e quale capo del Governo.

La Cassa Nazionale delle Assicurazioni sociali, per iniziativa del sen. Ugo Da Como, accoglierà tra breve nella propria sede, in palazzo Sciarra, l'Istituto stesso, che, pur conservando la propria autonomia, collaborerà ai fini di previdenza di questo grande Ente para-statale.

Cassa Nazionale Infortuni.

Con R. Decreto, datato 23 dicembre 1923 ed entrato immediatamente in vigore, in applicazione del disposto del Decreto-Legge 31 ottobre 1923, numero 2470, che modificò la Convenzione Costitutiva della Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli Infortuuni sul lavoro, ne è stato costituito il nuovo Consiglio Superiore sotto la presidenza dell'on. avv. Dino Grandi; ne fanno parte il prof. Pio Benassi e il dott. Giuseppe Falciani, scelti dal Ministro dell'Economia Nazionale fra le persone competenti nella materia delle assicurazioni sociali, il dott. Luigi Solinas, direttore generale del Lavoro e della Previdenza sociale al Ministero dell'Economia Nazionale, il prof. Paolo Medolaghi, direttore generale della Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali.

Squadre di soccorso per le pubbliche calamità.

Con circolare del Ministero dell'Interno, inserita nel *Foglio d'ordini* della Milizia Volontaria per la Sicurezza Nazionale (dispensa n. 20), è regolata la costituzione delle squadre di soccorso per i casi di pubblica calamità. Presso ogni legione funziona una squadra composta di due gruppi: uno di pronto soccorso e l'altro suppletivo di soccorso; ogni gruppo è formato di 3 nuclei (sanitario, tecnico ed ausiliario). Fanno parte della squadra 3 ufficiali medici, 1 ufficiale chimico-farmacista e 14 infermieri o aiutanti di sanità.

Erigendo Ospedale.

È stata collocata a Rho la prima pietra di un nuovo grandioso ospedale. Presenziarono la cerimonia le autorità civili e sanitarie.

Soppressione di stazioni sanitarie nell'Agro Romano.

La soppressione di alcune stazioni dell'Agro romano, di cui si è occupata la stampa della Capitale, fu proposta da apposita Commissione incaricata di studiare le riforme dei servizi ed attuata dal R. Commissario su parere conforme dei sanitari preposti all'Ufficio d'Igiene. Il nuovo ordinamento è stato studiato in modo da assicurare ad ogni zona dell'Agro una efficace assistenza sanitaria. La riduzione di alcune stazioni viene compensata con la istituzione di numerosi ambulatori antimalarici estivi e autunnali.

È attuata in via di esperimento e passibile di modificazioni, dopo un conveniente periodo di prova.

Per il trasporto dei malati dall'Agro esiste un bastevole numero di mezzi gratuiti, i quali però vengono riservati ai malati poveri e nei soli casi in cui non sia prudente, nè possibile provvedere con mezzi più economici.

I medicinali, materiale di medicatura, presidi chirurgici, oltre ai chinacei, sono stati sempre distribuiti gratuitamente con larghezza, giustificata solo dalla difficoltà di controllare le condizioni economiche dei richiedenti. Tale servizio costa al Comune 200,000 lire, esclusi i chinacei.

Donazione.

La famiglia del prof. Felice La Torre, spentosi lo scorso anno, ha donato la biblioteca dell'illustre ostetrico all'Accademia di Roma.

Il presidente dell'Accademia, prof. V. Ascoli, ha destinato a questa raccolta una sala che recherà il nome di «sala La Torre».

La donazione comprende, fra l'altro, un migliaio di volumi rilegati in piena pelle.

Il ricco strumentario del La Torre è stato dalla famiglia donato alla Poliambulanza medico-chirurgica di Bergamo.

Per la ricorrenza della morte di Guido Baccelli.

L'11 gennaio, al basso della lapide che, nel Corso Vittorio Em., 197, in Roma, ricorda Guido Baccelli, furono collocate dai vigili comunali due nuove corone d'alloro, con nastri dai colori nazionali e comunali, preparate a cura del R. Commissario sen. Cremonesi e del Comitato per le onoranze al grande romano, del quale ricorreva l'ottavo anno della morte. Pronunziò nobili parole il gr. uff. Palomba. Molti ed eletti gl'intervenuti alla cerimonia.

Onoranze al dott. Mariotti.

Il 17 corr., nella sede dell'Ordine dei Medici di Roma, sono state rese cordiali onoranze al comm. Ugo Mariotti, in occasione del suo 40° anno di laurea. Presero parte alla cerimonia numerosi estimatori ed amici dell'insigne sanitario; notati il sen. Marchiafava, il principe Chigi, le contesse Onorati e di Campello, ecc.

Parlarono il dott. Gallenga, presidente dell'Ordine; il dott. Roselli, già assessore per l'igiene; il prof. Badaloni, medico provinciale; il prof. V. Ascoli, presidente della Lega antitubercolare, di cui il Mariotti è segretario; il prof. Gualdi, già ufficiale sanitario; il dott. Ballerini, già presidente dell'Ordine. Gli oratori illustrarono le doti di lavoratore e di filantropo del Mariotti, il quale per molti anni ha retto con sagacia e intelligenza i servizi profilattici del Comune ed è attualmente apostolo della lotta antitubercolare. Rispose il festeggiato, esprimendo la sua gratitudine per la indimenticabile manifestazione.

Gli venne offerta, in fine, un'artistica pergamena.

Nuovi periodici.

«La Cultura stomatologica», diretta dal prof. Beniamino De Vecchis di Napoli, ha precipuamente di mira il campo sociale della stomatologia moderna (profilassi orale, protesi dentali tempe-

stive, ecc.). Prospetta con chiarezza e sobrietà le ricerche scientifiche e le applicazioni pratiche. Si occupa di storia e di arte con competenza e buon gusto.

Segnaliamo nel primo fascicolo due pregevoli articoli del De Vecchis sulle anomalie dell'articolazione dentaria e dell'estetica facciale in arte, nosografia e terapia, e sull'evoluzione storica della stomatologia e della protesi, l'uno e l'altro copiosamente illustrati.

Augurî.

***

Il periodico «Il Circeo», che si occupava largamente di bonifiche igieniche e che vantava la collaborazione attiva del sen. Grassi, del sen. Mangiagalli, dell'on. Luzzatti, ecc., cessa le pubblicazioni ed al suo posto sorge il «Corriere della Terra», con vasto programma, organo nazionale di agricoltura e bonifica diretto da Carlo Ungarelli assistito da un Comitato tecnico di cui è presidente onorario l'on. Luzzatti e presidente effettivo il sen. Grassi.

Augurî.

Una strana condanna.

Il pretore del I Mandamento di Ancona ha condannato a tre giorni di detenzione i dottori Angelelli e Caucci per avere assistito a un duello; ha condannato anche i due duellanti e il direttore dello scontro; invece ha mandato assolti i quattro padrini.

Abbonamenti cumulativi.

I periodici con i quali abbiamo attuato gli abbonamenti cumulativi si pubblicano, per solito, alla fine di ogni mese o di ogni bimestre; qualcuno è in notevole ritardo, a causa delle persistenti difficoltà d'ordine editoriale.

Preghiamo coloro che hanno assunto di questi abbonamenti a voler pazientare per la recezione dei primi fascicoli.

È morto il prof. ROBERT TIGERSTEDT, fisiologo dell'Università di Helsigfors (Finlandia), poco dopo aver festeggiato il suo 70° compleanno.

Un incendio aveva di recente distrutto la sua ricca libreria, cagionandogli un dolore vivissimo.

Tigerstedt era uno dei maggiori fisiologi dei nostri tempi, se non forse il maggiore. In tutti i campi della fisiologia da lui coltivati ha impresso orme indelebili. Egli si è particolarmente occupato della fisiologia nerveo-muscolare, del ricambio organico, degli organi di senso; ha studiato anche l'alimentazione popolare.

Il suo «Trattato di fisiologia» è un'opera monumentale; il «Manuale per le ricerche fisiologiche», redatto con la collaborazione di valenti fisiologi, non è sostituibile nei nostri laboratori; sono anche molto apprezzati la sua «Pratica fisiologica» e la sua «Fisiologia della circolazione». Tigerstedt fu un Maestro sommo, di una chiarezza espositiva inarrivabile. Fu anche un animatore: a lui si devono quasi tutti i moderni archivi medici scandinavi, tanto ammirati ed apprezzati.

a. p.

Un malore improvviso uccideva, sulla nave «Formosa» di ritorno da Buenos Aires, il dott. GIUSEPPE LUCCHELLI, che per 35 anni esplicò la propria illuminata attività a Codevilla (Bologna). I funerali, prima a Genova poi a Codevilla, riuscirono una grandiosa manifestazione della benevolenza e della estimazione da cui era circondato l'Estinto.

L. T.

A 69 anni, dopo 45 ininterrotti di condotta medica con 30 di vice-primariato medico nell'Ospedale «Arnaboldi», si spegneva l'8 corrente a Broni (Pavia) il dott. BALDASSARE FALCIOLA. La Sua fu tutta una vita esemplare di lavoro intelligente e disinteressato, di sacrificio e di carità. La popolazione tutta piange la dolorosa perdita del suo Benefattore, i colleghi quella dell'Amico buono, colto e leale.

G. A.

Dopo atroci sofferenze cessava di vivere il prof. ANDRUCCIO ANDRUCCI, direttore dell'Ospedale Civile e sindaco di Montepulciano. Per i meriti professionali, per la squisita cortesia e la bontà, lascia un largo rimpianto.

B.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Soc. Méd. d. Hôp., 2 ag. — Copiosa statistica.

Journ. Méd. Bordeaux, 10 sett. — H. RETRENVEY e CANTORNÉ. La vaccinoterapia in oto-rino-laringologia tra i bambini.

Journal A. M. A., 18 ag. — CARPENTER MAC-CARTY. Diagnosi citologica dei neoplasmi. — P. D. WHITE e J. E. WOOD. Cardialgie.

Riv. crit. di Clin. Med., 25 lug. — F. D'ARBELE. Sondaggio duodenale nella diagnosi delle affezioni pancreatiche.

Presse Méd., 5 sett. — M. LAIGNEL-LAVASTINE. Emotività, inquietudine, angoscia e ansietà.

Lancet, 8 sett. — C. RICHET. Metodo sperimentale e concorrenze extra-sensoriali. — A. B. PAVEY-SMITH. Le cause del male di testa.

Wien. Klin. Wochenschr., 30 ag. — L. KAREZAG. La percussione tangenziale.

Giorn. di Clin. Med., 30 ag. — L. PONTICACCIA e A. PAMPURI. Il segno di Federici.

Folia Med., 15 sett. — E. PITTARELLI. Diagnostica e patogenesi dell'acetonuria.

Paris Méd., 1 sett. — Numero di oftalmologia, oto-rino-laring. e stomat.

Pensiero Med., 25 ag. — A. BRUGI. Reazione del triptofano nel liquor. — 8. sett. — G. NEGRONI. Volulo dell'ansa sigmoidea.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., sett. — F. P. CURRIER. Mielite consecutiva a infezione genito-urinaria. — B. S. LEVINE. Reperti urinari nelle psiconeurosi.

Giorn. It. Mal. Ven. e d. Pelle, ag. — M. G. CIPOLLA. Mollusco contagioso. — G. SPREMOLLA. Morbo di Paget.

Annales de Méd., ag. — K. HYNEK. Sull'emofilia. — B. DUJARDIN. L'allergia nella tbc. e nella sifil.

Revue Neurol., lug. — G. MARINESCO e A. RAROVICI. Riflessi d'automatismo degli arti superiori. — J. MACKIEWIEZ. Apparecchio per l'introduzione intravertebrale d'aria.

Bull. d. Sc. Med., lug.-ag. — F. VICI. Pseudovalvite del cuore.

Riv. Clin. Pediatr., sett. — G. B. ALLARIA e A. F. CANELLI. Effetti della vaccinaz. jenneriana sull'accrescimento del lattante.

Spitalul, sett. — D. E. PAULIN e L. CAFFE. Encefalite prolungata simulante male di Pott cervicale.

Journ. d. Prat., 8 sett. — BROCE. La gibbosità del male di Pott e sua profilassi.

Gazz. d. Osp., 9 sett. — G. TANCHETTI. Il «paratifo» da un nuovo punto di vista.

Riforma Med., 24 sett. — D. MANZETTI. Fagocitosi del bac. tbc. sull'espettor.

Paris Méd., 22 sett. — LÉVY, SOLAL e PARAF. Vomiti gravi della gestazione e anafilassi.

Journal A. M. A., 8 sett. — G. BUGBEE. Le finalità attuali dell'urologia. — R. T. LEGGE. La silicosi dei minatori. — FULL, HANGER. Epidemia di febbre mite di natura sconosciuta.

Brit. Med. Journ., 22 sett. — Numero sulla tubercolosi.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp

ANNO XXXI Roma, 4 Febbraio 1924 Fasc. 5

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ.

SANATORIO POPOLARE MILANESE UMBERTO I IN PRASOMASO (SONDRIO)
Direttore: cav. uff. dott. MARCELLO BERTOLINI

Il lavoro nella tubercolosi polmonare.

Dott. ALESSANDRO BORGHERINI-SCARABELLIN (jun.), primo assitsente.

La cura sanatoriale della tubercolosi dei polmoni nel primo tempo della sua applicazione si compendiava nella *vita della Veranda*, mediante la quale veniva effettuato il riposo assoluto, ed ammalati leggeri o gravi, con forme attive o torpide, anche se prima erano dediti per elezione o professione al lavoro muscolare, passavano distesi su poltrone l'intera giornata e vi consumavano anche i pasti. J. K. Pratt, ancora nel 1919, seguace scrupoloso del riposo assoluto e contrario a qualsiasi esercizio fisico ed anche mentale, obbligava per molti mesi ammalati anche apiretici a restare immobilizzati in letto, all'aperto, non concedendo nemmeno la sedia a sdraio, nè quel poco di movimento, che si poteva fare per andare al lavabo. Così il riposo era applicato generalmente senza discussione, e la necessità dello stesso per la cura della tubercolosi polmonare, sotto qualunque forma, era considerata quasi come verità assiomatica, della quale non si dubita nè si discute.

Bene quindi si comprende la forte reazione, che nel 1905 destarono le prime comunicazioni del Paterson del Sanatorio inglese di Frynley, il quale si affidava nella cura di alcune forme di tubercolosi polmonare, non al riposo, ma all'esercizio muscolare.

Le idee di Paterson hanno sollevato discussioni e provocato esperimenti ovunque; ed in Italia, nel Campo Climatico Militare ad An-

zio, nel Sanatorio di Porta Furba a Roma, a Gorgonzola e a Viggiù non si tardò a metterle alla prova. Anche da noi, fin dall'inizio, questo nuovo principio di cura ha richiamato tutta l'attenzione e vennero attuate delle osservazioni, che però solo da qualche anno furono estese ed applicate con rigoroso metodo; di queste dò qui resoconto.

Gli esperimenti di Prasomaso erano stati promossi non solo dal desiderio di apprezzare il valore del lavoro nella tubercolosi, ma anche perchè all'applicazione del lavoro veniva attribuito un interesse economico riguardo alla minore durata di degenza ed alla possibilità di una rotazione più rapida degli ospiti sanatoriali. Paterson infatti dice che mediante la cura del lavoro ha potuto affrettare la guarigione ed estendere così il beneficio del Sanatorio, restando eguale il numero dei letti, al 40 % di ammalati ogni anno in più della cifra raggiunta con la cura del riposo assoluto. Tanto più valore aveva quindi per noi la questione economica, perchè le domande per l'accoglimento sono presso di noi molto più numerose delle piazze disponibili.

L'applicazione poi del lavoro muscolare acquista tanto maggiore importanza per il nostro Istituto al confronto di altri, perchè esso è popolare, cioè raccoglie i suoi ospiti più numerosi dalle classi inferiori (operai, tranvieri, pompieri, ecc.). Nella maggior parte di questi, che vivono prevalentemente dell'esercizio fisico e rendono nel lavoro dei muscoli quasi tutte le manifestazioni della loro attività, sarebbe stato anche più dannoso che non nelle classi agiate abolire completamente il lavoro, perchè l'abituale esercizio diviene col tempo una necessità organica e i muscoli condannati all'inerzia perdono di trofismo e di tonicità. A questo proposito già il Burnand aveva rilevato che vi sono dei tubercolosi, abituati per professione al lavoro, con lesioni anatomicamente abbastanza estese, ma in stato di equilibrio, i quali, se si sottopongano nel Sanatorio al riposo assoluto, perdono il sonno e l'appetito, dimagrano e mostrano la comparsa di febbre e la ripresa nella evoluzione delle lesioni polmonari; anche la nostra osservazione numero 10 presenta un ammalato di professione droghiere, abituato al continuo movimento durante la giornata in locali chiusi ed aperti, il quale peggiorò nei primi tre mesi di vita sanatoriale, durante i quali fu obbligato, come di metodo, al riposo assoluto; quando invece cominciò ad eseguire il lavoro all'aperto, ebbe notevoli vantaggi, che continuarono fino alla guarigione clinica.

Fin dalla sua erezione (1910), nel nostro Istituto, il fondatore ed attuale Presidente dottor Francesco Gatti qualche applicazione del lavoro aveva introdotto; il regolamento, allora dettato, dispone che ogni ammalato riordini al mattino la propria stanza e nella giornata, a seconda delle sue condizioni, possa eseguire delle passeggiate proporzionali; alcuni locali vennero destinati come laboratori per malati e fu possibile concedere il lavoro ad operai elettricisti ed a legatori di libri, e d'impiegare alcuni ammalati nella tenuta dei libri di amministrazione; ma un lavoro graduale e metodico fu applicato solo più tardi.

I sostenitori dell'applicazione del lavoro nella tubercolosi polmonare cercano di spiegare il meccanismo di azione in due modi diversi: dicono gli uni, che il lavoro migliora le condizioni generali degli ammalati e ne rafforza i muscoli, ed influisce solo indirettamente sullo stato delle lesioni polmonari; si tratterebbe quindi di sottomettere i pazienti ad un progressivo allenamento, che aumenta le forze difensive, migliora lo stato generale e modifica per questa via le condizioni locali del polmone (Rollier).

Il Paterson invece, seguito da altri, sostiene che il lavoro muscolare provoca dal focolaio tubercolare una scarica di tossine, le quali sono in quantità proporzionale alla quantità del lavoro eseguito e comportandosi come antigeni sono capaci di determinare la formazione di anticorpi specifici, seguendo le leggi generali dell'immunità. La dottrina del Paterson è confortata dagli studi del Wright, il quale ha dimostrato che attivando la circolazione linfatica di una parte ammalata, si produce una autoinoculazione di sostanze tossiche e la conseguente reazione immunitaria.

Guinard (1922), che teme l'eccesso del lavoro e vuole che esso sia rigorosamente regolato, non ammette che si tratti di produrre nell'ammalato una autoimmunizzazione coi propri veleni bacillari; perchè anzi, se realmente i prodotti tubercolari provenienti dai focolai fossero riversati nella circolazione in quantità notevole, sarebbero nocivi; ma i sostenitori della dottrina dicono appunto, che sono nocivi quando si riversano in quantità eccessiva tumultuariamente; ed insistono quindi, che il lavoro debba essere dosato per ogni individuo scrupolosamente e con lenta progressione, proprio come si fa nella immunizzazione con la tubercolina.

Tuttavia è da osservarsi che questa concezione del Paterson è troppo unilaterale, perchè tien conto soltanto della condizione mor-

bosa locale e non considera sufficientemente la individualità organica del soggetto, che ha molta parte nelle azioni e reazioni sia generali dell'individuo sia locali dell'organo ammalato; e proprio la storia della specialità ammonisce a questo riguardo di andare molto cauti. Infatti mentre prima si dava importanza esclusiva al fattore individuale, dopo che nel 1881 R. Koch ebbe scoperto il bacillo, fu invece un precipitare verso l'assoluto diametralmente opposto: il terreno organico venne man mano considerato di poco o nessun valore, per dare tutta o quasi la importanza al bacillo; e la voce autorevole di qualche clinico come il De Giovanni invano si alzava a richiamare l'attenzione contro l'eccesso di questa dottrina. Sembra ora che con tale questione si riaccendono le dispute fra le due opposte vedute anche a proposito del lavoro nella tubercolosi polmonare; ma sarebbe molto strano e puranche psicologicamente sconfortante, che discussioni oramai superate tornassero sotto altro aspetto a rivivere e deviassero dalla giusta comprensione dei fatti le menti inceppate da astrazioni teoretiche. Poichè le manifestazioni tubercolari, in generale, sono il risultato di due fattori, terreno organico e micro-organismo patogeno, un mezzo curativo fisico di azione generale, che valga a modificare in modo efficace e durevole il processo, non può intendersi se non come operante su ambedue questi fattori; sul terreno organico, rialzando l'attività nutritizia dei tessuti ed attivando le singole funzioni organiche, e sull'elemento specifico, con la immissione in circolo di antigeni da parte del focolaio morboso; e in tal senso deve comprendersi l'azione esercitata dal lavoro muscolare sulla evoluzione della tubercolosi del polmone. Ma tale questione, d'importanza puramente dottrinale, pel fine a cui mirano i nostri esperimenti può essere lasciata per il momento in disparte e giova piuttosto prendere senz'altro in esame i risultati ottenuti.

Il primo avviamento alla cura del lavoro è fatto con la metodica applicazione della passeggiata, che il medico direttore stabilisce ad ogni visita insieme alle altre prescrizioni di cura e ne determina le norme. Ogni ammalato riceve la sua tessera sanitaria sopra la quale sono notate, insieme al tempo destinato agli altri elementi di cura, anche le ore di passeggio e la lunghezza e pendenza dei viali da percorrere; e nello stabilire la quantità iniziale e la rapidità della progressione si tiene conto specialmente delle abitudini precedenti e della professione degli ammalat.

In queste nostre prove abbiamo seguito con pochissime varianti, i consigli del Vignè, più specialmente per quanto riguarda la vigilanza costante degli ammalati sottoposti all'esperimento, poichè il medico il quale abbia la responsabilità ed il compito di guidare i malati al lavoro deve sempre durante il lavoro trovarsi in contatto con questi, affinchè non si abbandonino ad eccessi, e deve fare attenzione a tutti i fenomeni insorgenti, spesso insospettati ed improvvisi. Invece ci siamo dal Vignè alquanto discostati riguardo all'imposizione del lavoro. Convenendo con lui nella idea di non retribuire il lavoro, abbiamo cercato di consigliarlo piuttosto che imporlo e di persuadere che l'esperimento si tentava nel migliore interesse dello stesso ammalato. Questo concetto della persuasione bene adoperato ci ha dato dei risultati più confortanti, rendendo gli ammalati più docili ed assicurandoci così l'importantissimo contributo della buona volontà dei pazienti stessi e la più perfetta cooperazione del medico e dell'ammalato. Il caso che è oggetto della 13ª osservazione ebbe una crisi di scoraggiamento proprio nelle prime settimane di lavoro per una spiccata diminuzione del peso; non essendo io riuscito a persuaderlo che il fatto era normale, che cosa di meglio avrei ottenuto se anche mi fossi imposto e lo avessi fatto lavorare per forza? Il Direttore invece messo al corrente della cosa seppe infondergli nuova fiducia e l'ammalato riprese sereno il suo lavoro continuandolo fino alla guarigione clinica. In questo caso si trattava di un primo esperimento e tanto più credevamo si dovesse evitare ogni atto autoritario. I nostri ammalati sono stati quasi tutti ugualmente docili, persuasi come erano che il consiglio partiva da un'intima convinzione nostra, che il lavoro muscolare bene regolato possa tornare di loro utilità; e seguirono perciò con esatta osservanza le prescrizioni, che partirono dal direttore dell'Istituto. A questa volontaria dedizione degli ammalati abbiamo avuto solo due eccezioni, le quali riguardano le osservazioni 16ª e 35ª che rimasero incomplete per il pregiudizio ed il rifiuto dei pazienti stessi. Anche altre due osservazioni sono incomplete e precisamente l'11ª e la 25ª ma perchè gli ammalati furono dimessi dal sanatorio per infrazione al regolamento generale e non in relazione con il lavoro.

Se in Sanatorio non fu retribuito il lavoro, si è cercato però di mettere in pratica tutti i mezzi per far sì che l'ammalato vi prendesse interesse e non lo facesse svogliatamente. Così era stata promessa e si fece

in effetto una festa del lavoro per inaugurare le opere compiute, il 29 luglio, giorno anniversario dell'apertura del Sanatorio e la festa riuscì piena di brio e di soddisfazione per tutti.

Il lavoro deve avere sempre uno scopo determinato; in nessun caso abbiamo fatto eseguire un lavoro inutile, come trasportare innanzi ed indietro dei pesi, perchè a questo esercizio di Sisifo male si adatta il carattere dei nostri lavoratori italiani. In questi esperimenti lavorarono quasi soltanto gli uomini, essendosi potuto sottoporre alla prova solo due donne (osserv. 39ª, 43ª), che riconosciute non infettanti aiutarono l'ortolano nei lavori di piantagione, di raccolta delle verdure, ecc. Molti uomini si occuparono al principio soltanto in piccoli esercizi conformi al proprio mestiere; così il 20, il 21 ed altri attesero alla stampa del giornale locale «Un bel dì vedremo» che ogni tanto diffonde note allegre fra gli ammalati; parecchi aiutarono nella cabina durante le rappresentazioni cinematografiche; il 5 ed il 24 costruirono una grande ed artistica gabbia per uccelli e ne coltivarono con amore gli abitatori; il 32 perfezionò il supporto del cannocchiale astronomico, ecc.; ma il vero genere di lavoro con il quale abbiamo cimentato la resistenza dei più e che è stato quindi il principale fondamento delle nostre osservazioni, fu di prolungare e di allargare nel bosco i viali e le strade destinate al passeggio separatamente per ciascuna sezione e costruire un ampio viale che conduce all'osservatorio meteorologico.

I nostri 45 lavoratori fecero in tutto 1350 metri di strada della larghezza di circa un metro e mezzo, smossero 372 metri cubi di terra e costruirono 81 metro cubo di muro secco.

In tal modo abbiamo dovuto alquanto discostarci dalle regole del Vignè, che stabilisce molte categorie di lavoro più o meno pesante e dovemmo accontentarci di farne solo tre, regolando in ciascuna la quantità di lavoro con l'aumentare del tempo. In ogni categoria però nella progressione dell'esercizio siamo andati con molta circospezione e questo ci ha dato il risultato confortante di avere solo pochissimi accidenti.

Per ciascuna categoria, secondo le norme stabilite dal direttore nel suo dettagliato regolamento, si sono adoperati anche qui come segno di riconoscimento i bracciali di vari colori, quantunque il numero non elevato dei malati e la conoscenza personale potessero sempre permettere al medico un controllo sicuro.

Le tre categorie sono le seguenti:

Lavoro leggero: strappare erbe, raccogliere e trasportare sassi di pesi inferiori ai 5 Kg.

Lavoro medio: con il badile, ma senza vangare, trasporto di sassi non più pesanti di 10 Kg.

Lavoro pesante: con il badile e la vanga, trasporto di sassi poco più pesanti di 10 Kg.

Per ogni categoria si cominciò con un'ora di lavoro, aumentando poi a due, a tre ore e non oltre il massimo di quattro ore non continuative, cioè due al mattino e due nel pomeriggio, dando la preferenza alle ore del mattino, nelle quali la resistenza al lavoro anche nei tubercolosi è più elevata.

Il Burnand di Leysin fa compiere solo tre ore di lavoro giornaliere e non è favorevole al lavoro all'aperto nei mesi d'inverno, quando il terreno è coperto dalla neve; e l'americano Kidner sostiene senz'altro, che sarebbe un errore consigliare ai convalescenti lavori all'aria aperta in qualunque stagione. All'incontro noi abbiamo adoperato i lavoratori a sgombrare le strade dalla neve ed a tenere nell'inverno in ordine i viali per il passeggio; la invidiabile esposizione del Sanatorio, bene riparata dalle correnti aeree, ci stimolò anzi a tenere all'aria libera i lavoratori, proprio nell'inverno, quando dopo le abbondanti precipitazioni atmosferiche l'aria è purissima ed asciutta. La progressione del tempo e il passaggio da una categoria di lavoro a quella superiore sono stati fatti in modo graduale, quando si vedeva che non succedevano preoccupanti reazioni cioè malessere, astenia generale, perdita dell'appetito, insonnia, aumento dello sputo, sputi sanguigni, febbre, ecc.

Questi fenomeni venivano palesati dagli ammalati appena si manifestavano o il medico riusciva direttamente a notarli; così ho potuto controllare personalmente anche la temperatura, che sempre dovevasi prendere dopo il lavoro.

Per il rimanente della giornata i lavoratori si attenevano al regolamento fissato per tutti gli ammalati del Sanatorio; con particolare diligenza hanno fatto in veranda il riposo e il silenzio assoluto dalle 14 alle 16, ed una mezz'ora di sedia a sdraio subito dopo il lavoro del mattino e della sera; e questa mezz'ora si è dimostrata utilissima per far ritornare normale il ritmo del cuore e del respiro e migliorare l'appetito.

La scelta degli ammalati è stata fatta avendo riguardo al *Regolamento pel lavoro od esercizio muscolare graduato* compilato dal di-

rettore. Fra i sottoposti al lavoro si trovano inclusi anche ammalati nel secondo o terzo stadio della classifica di Turban-Gerhardt, questi ammalati si presentavano in abbastanza buone condizioni generali, senza febbre, con polso non superiore a 90 al min.' nel riposo; il loro processo polmonare per quanto esteso e profondo non mostrava alcuna attività, ed era rimasto ostinatamente stazionario durante il periodo iniziale del riposo completo, sufficientemente prolungato, al quale vengono tutti assoggettati al loro ingresso in Sanatorio. Ci siamo del resto convinti nel corso di questi esperimenti, che tutti gli ammalati hanno la possibilità di ricavare vantaggi dal lavoro, quando il processo non si trovi in condizione di progressiva evoluzione; e possono quindi beneficiarsi tutte le forme polmonari a qualsiasi stadio appartengano, quando si presentino in tale condizione; spetta al medico di riconoscerle e con scrupolosa graduazione segnare la dovuta dose di lavoro. Per questa dosatura noi non abbiamo giudicato dello stato di gravità secondo i criteri anatomici espressi nei tre stadi del Turban-Gerhardt, ma abbiamo tenuto conto piuttosto dell'attività del processo, come ben sosteneva il Trevisan, e non abbiamo creduto di dover trascurare neppure lo stato generale e la costituzione del soggetto. Già il Laennec aveva notato che la gravità non si deve apprezzare solo considerando lo stato fisico locale della lesione, ma tenendo conto anche del comportamento del processo e del risentimento generale dell'organismo: ed anche il concetto di ammalato sanatoriabile non è oggi più esclusivamente anatomico, cioè fondato sulla estensione delle lesioni, ma più giustamente clinico cioè fondato sulla evoluzione del processo e sul risentimento generale.

Quantunque Pidoux e più recentemente Burnand ritengano che la resistenza di un individuo all'infezione tubercolare e conseguentemente anche i processi della guarigione non stieno in rapporto diretto con la costituzione somatica, tuttavia abbiamo voluto secondo gli insegnamenti avuti alla scuola del De Giovanni notare in questi nostri ammalati sottoposti al lavoro la combinazione morfologica a cui appartengono, ed ho trovato una percentuale del 48.8 %, il che esprime appunto quanto valore abbia la costituzione somatica nella disposizione individuale alla infezione specifica.

Le forme che meglio si adattano al lavoro sono quelle lente, torpide, apiretiche. Secondo la statistica del Vignè sono proprio le forme ulcerative localizzate che hanno dimostrata la migliore attitudine al lavoro; egli dà per queste forme la percentuale di individui sottoposti al lavoro del 44.4 %, che è la più elevata di qualsiasi altra forma clinica; noi però abbiamo avuta una percentuale molto più bassa e di ciò esporremo in fine le ragioni.

Riguardo all'osservazione dei fenomeni che si sono manifestati durante il decorso dell'esperimento, ci siamo sempre preoccupati prima di tutto del cuore per evitare il benchè minimo affaticamento di quest'organo, che avrebbe potuto costituire un pericoloso incidente, data la altitudine del nostro sanatorio a m. 1250 s. m., poichè a queste altezze, anche mantenendosi l'ammalato a perfetto riposo, il circolo ed il respiro sono obbligati a maggiore attività per mantenere nel sangue la dovuta quantità di ossigeno.

Non ho creduto di seguire sempre di pari passo con le altre osservazioni la ricerca dell'indice opsonico e del potere agglutinante del siero; con ciò i risultati dal punto di vista pratico non rimangono per nulla infirmati e questo non perchè io ritenga sprovviste di valore le ricerche di laboratorio, ma perchè la loro importanza è solo relativa. Così avvenne in qualche caso, che il potere agglutinante del siero sopra le colture omogenee di bacilli in brodo glicerinato si è dimostrato intenso; malgrado ciò il risultato dell'esperimento non è riuscito dei più favorevoli, data l'intensità del processo e dello stato tossiemico conseguente. Anche nella clinica del Rollier non si controlla continuamente la cura del lavoro con la ricerca delle reazioni immunitarie, ma piuttosto si tiene conto esatto e minuto di tutte le manifestazioni cliniche offerte dal paziente in esperimento. Possiamo affermare, che l'osservazione diretta degli ammalati, fatta con i comuni metodi dell'indagine clinica e completata dall'esame radiologico, a noi come ad altri ha offerto criteri pienamente sufficienti ed inconfutabili per l'apprezzamento di quelle anche esigue modificazioni di processo, che possono insorgere durante l'applicazione del lavoro, pur non escludendo che anche le indagini di laboratorio bene valutate possono portare buoni elementi di giudizio.

L'applicazione del lavoro non si svolse in tutti gli ammalati regolarmente; in taluno ebbe qualche conseguenza dannosa: nel 13 una bronchite, la quale si manifestò con i soliti segni, ma senza febbre e che si risolse, pure continuando con prudenza l'esercizio muscolare: nel numero 19 la progressione del lavoro dovette andare molto lenta e ciò per la ostinata permanenza di fatti umidi nelle regioni scapolo-vertebrale e basilare, che come è noto sono in ogni caso

di più difficile guarigione che non quelli dell'apice; ma si ebbe il risultato della guarigione economica: nel numero 37 si ebbe al principio del lavoro un lieve peggioramento, che per la assidua sorveglianza del medico fu di breve durata e non compromise la finale guarigione clinica.

Si aggiungano sette casi sfavorevoli (15.5 %), sopra i quali conviene fare qualche considerazione. Nei numeri 7-27-28, forme inattive, il fatto più importante, che obbligò alla sospensione del lavoro, fu il netto peggioramento delle condizioni polmonari; abbiamo ragione di ritenere, che in questi ammalati la fase negativa, che è comune all'inizio di tutte le reazioni immunitarie, si sia prolungata in uno stato di anergia, ciò per una troppo rapida progressione del lavoro che ha riversato in circolo eccessive quantità di antigeni. Del numero 3 dobbiamo dire, che era un ammalato indisciplinato, che malgrado la più oculata sorveglianza ebbe a compiere molti e gravi sprechi inconsulti di energia, non certo contemplati nella cura del lavoro; del resto il danno prodotto dall'esercizio non è stato irreparabile; difatti il paziente partì, ugualmente, dopo breve tempo, con la guarigione economica, senza bacilli nello scarso espettorato e con giudizio di capacità lavorativa completa per le sue abituali occupazioni. Il 36 ed il 41 dovettero interrompere la cura dell'esercizio muscolare in causa di sintomi di una congestione polmonare; è da notare che i due pazienti avevano avute a casa ripetute ed abbondanti emottisi, mentre qui in sanatorio di alta montagna durante l'azione del lavoro e solo con questo ebbero scarsi sputi di sangue. Rimarchiamo questo fatto perchè vi sono ancora dei medici, che considerano la emottisi come una contro-indicazione assoluta per l'invio alla montagna dei malati di petto; del quale argomento spero di potermi presto occupare in altro lavoro. Il numero 40 dovette interrompere il lavoro per l'insorgere di una pleurite febbrile di natura tubercolare con abbondante versamento; mentre noi poniamo questo caso fra i risultati immediati sfavorevoli del lavoro, possiamo dire, che agli effetti lontani la complicante pleurite ha avuto conseguenze favorevoli, portando alla guarigione clinica del processo polmonale; il che corrisponde a quanto oggi viene generalmente ammesso, che la pleurite in corso di tubercolosi polmonare rappresenta un'azione di difesa, in quanto oppone una barriera alla diffusione di localizzazioni tubercolari corticali e ne agevola l'incapsulamento con processo corticale di sclerosi.

Di fronte a questi pochi insuccessi sta una elevata percentuale di casi nei quali il lavoro diede risultati assai confortanti, precisamente nella misura dell'84.4 %. Fra questi noi crediamo di dover classificare alcuni in modo particolare come assolutamente sorprendenti ed inattesi. Accenniamo al n. 1 ed al n. 26; tutti e due con bacilli nello sputo, tutti e due nel terzo stadio, ebbero uno spiccato miglioramento fino a raggiungere condizioni generali ottime: cessata la debole oscillazione termica (37.8), riparato il processo polmonare e reintegrata la capacità lavorativa. Il 14, partito una prima volta dal sanatorio con la guarigione economica, dovette ritornare dopo due anni in seguito ad emottisi con presenza di bacilli; ed in questa seconda degenza (quantunque di massima le ricadute siano sempre più gravi) raggiunse la guarigione clinica, espressa dal direttore, che pure è tanto riservato, con queste parole: « splendido esempio di resurrezione con la cura sanatoriale del lavoro, applicato dopo il conveniente periodo di riposo ». Vogliamo ricordare anche il n. 34, che conserva in modo particolare una viva gratitudine per il sanatorio, nel quale con il lavoro raggiunse la guarigione clinica, perchè da notizie recenti si apprende che continua in pieno benessere ed a lavorare ancora dopo tre anni dalla compiuta cura. Nel n. 38 il miglioramento constatato nella visita medica è espresso con tono di enfasi dallo stesso ammalato, il quale dice, che da quando lavora ha un appetito ottimo ed in continuo aumento, un invidiabile senso di benessere, un sonno calmo, continuo, riparatore. Nel caso n. 12 si è discussa la questione se si trattasse piuttosto di una sifilide polmonare invece che di una tubercolosi, od almeno di una forma duplice associata, poichè il paziente aveva avuto un sifiloma dieci anni prima. Al suo ingresso presentava infiltrazione al lobo superiore destro e bibasale, ad andamento assai torpido, cutireazione di von Pirquet fortemente positiva, siero-reazione di Wassermann negativa, non bacilli nello sputo. È vero che molti autori ritengono la cutireazione non servire sempre di mezzo differenziale tra tubercolosi e sifilide; infatti essa può riscontrarsi positiva ed intensa anche in un sifilitico con infezione recente, come ho potuto persuadermi io stesso in numerose ricerche fatte qualche anno addietro nell'ospitale Fatebenefratelli di Padova e come del resto avevano notato Nicolas, Favre, Angagneur, Charlet; ma anch'io come Sergent (1919) non ho avuto reazione alla tubercolina nei giovani eredo-sifilitici e neppure nei sifilitici di antica data. Essendo dunque l'infe-

zione sifilitica in questo nostro caso di data molto lontana, la cutireazione von Pirquet intensa non può attribuirsi se non ad un'infezione tubercolare. D'altra parte la mancanza de la reazione di Wassermann nel nostro caso si può bene comprendere, data l'età dell'infezione celtica e le cure specifiche praticate; riteniamo quindi che in esso si trattasse di una forma mista e cioè di una tubercolosi innestata sopra un vecchio sifilitico; quando è entrata la tubercolosi polmonare, la sifilide aveva già vaccinato il soggetto, cioè prodotta quella impregnazione umorale, che costituisce il terreno sifilitico; il quale se rappresenta un terreno particolarmente favorevole per il bacillo di Koch, tanto che Landouzy scrive «la sifilide prepara il letto alla tubercolosi», imprime anche nello stesso tempo alla tubercolosi un aspetto particolarmente torpido ed a tipo sclerosante, o come scrive lo stesso Landouzy, dà uno *sclerolato di tubercolosi*, il che è quanto si è notato nel nostro caso. Ciò nonostante il beneficio del lavoro in esso è fuori di discussione, perchè il lavoro valse ad avviare verso la guarigione una forma di andamento assai torpido, sulla quale il riposo assoluto, applicato nel primo tempo come di metodo, non aveva portato grandi mutamenti.

A rispondere alla facile critica, che i miglioramenti da noi rilevati con il lavoro si sarebbero ottenuti anche con la sola semplice cura climatica sanatoriale, si può dire che in tutti i nostri casi il lavoro è stato incominciato dopo un conveniente periodo sanatoriale di riposo e nella massima parte dei casi, proprio quando si vedeva che le condizioni sia generali che locali al polmone, restavano con la cura del riposo stazionarie. Le osservazioni numero 32, 35, 39 e 42 e molte altre lo dimostrano in modo evidentissimo. Di più i progressi fatti dagli ammalati in cura di lavoro dentro un determinato periodo di tempo furono molto più rapidi e spiccati di quelli compiuti sia dagli stessi che da molti altri malati in condizioni analoghe e trattati col semplice riposo.

Venendo a considerare in particolare le varie modificazioni sopravvenute nei diversi ammalati, dobbiamo anzitutto convenire con gli altri osservatori, che il lavoro ha una spiccata influenza benefica contro la depressione psichica tanto frequente nei tubercolosi. Anche nei nostri ammalati il lavoro fece rifiorire la speranza, combattè quella sindrome depressiva nevrastenica così bene descritta da H. Gimbert, e dispensò quella invidiabile serenità dello spirito, che è certo uno dei fattori più importanti della cura.

Nei casi che sopportarono bene la progressione metodica del lavoro abbiamo visto entrare a poco a poco un rallentamento del polso ed un aumento della pressione arteriale. Le osservazioni anatomo-patologiche e radiologiche hanno convinto anche noi, come già in generale ammettono la maggior parte degli autori, che nei tubercolosi del polmone s'incontra ordinariamente un cuore piccolo a cui clinicamente si accompagna una debolezza funzionale, rappresentata da polso abitualmente frequente e facilmente depressibile; l'importanza della bassa pressione arteriosa è rilevata da tutti gli osservatori che le attribuiscono anche un significato di gravità. Papillon e Rejnaut la notarono come sintomo precoce e Potain arriva perfino a dire, che un individuo di età media con deperimento organico non altrimenti spiegabile e pressione radiale bassa, deve essere senz'altro considerato come un sospetto di tubercolosi; anche il De Giovanni, pure ammettendo delle variazioni individuali, conclude egualmente per un prevalere dell'abbassamento della pressione arteriale nei tubercolosi. I nostri casi indicati con i numeri 1, 4, 8, 15, 18, 19, 26 hanno mostrato nettamente lo spiccato risultato ottenuto per effetto del lavoro sul rallentamento del polso e sull'aumento della pressione e ciò dimostra quanta profonda azione spiega il lavoro nelle funzioni organiche e specialmente in quelle del cuore e del circolo. Mi propongo di eseguire in altro tempo, prima e dopo il lavoro, la ricerca ortodiagrafica ed ugualmente di studiare la eliminazione polmonare di acido carbonico a maggiore appoggio di queste osservazioni sul cuore e sul polso.

Riguardo alla temperatura abbiamo notato come osservarono già Vignè, Patterson e Quarelli, un andamento affatto speciale. Prima dell'applicazione del lavoro, alcuni malati presentano una differenza di alcuni decimi fino a qualche grado fra la temperatura del mattino e quella della sera; con l'iniziare il lavoro, e per un certo periodo di tempo successivo, la differenza si fa più spiccata; più avanti diminuisce fino a scomparire. È notorio quanto instabile sia la temperatura organica nei soggetti tubercolotici, per cui basta un piccolo affaticamento ad elevarla di alcuni decimi; il lavoro determina da prima lo stesso fenomeno, ma col ripetersi dell'esercizio e con l'aumentare del tono vasale e della resistenza organica il fenomeno tende a dileguarsi e le oscillazioni termiche anormali a scomparire.

Riguardo all'espettorato basti dire che esso subì una modificazione favorevole in rapporto al miglioramento generale locale, diminuendo

considerevolmente in alcuni, in molti altri scomparendo. È notevole la scomparsa di bacilli di Koch negli ammalati che presentavano reperto positivo prima della cura del lavoro.

Riguardo al peso del corpo si potrebbe pensare che il lavoro muscolare tenda a farlo diminuire, ma i nostri risultati dimostrano il fatto contrario; nella maggioranza dei casi il peso continuò ad aumentare di pari passo con la progressione del lavoro; solo in pochi (3, 4, 9, 13, 27) si manifestò nella prima settimana del lavoro una diminuzione da uno a due Kg.; però in tutti i 45 ammalati sottoposti al lavoro il peso finale è stato superiore a quello della entrata in Sanatorio, con un aumento vario, da un minimo di 1 Kg. fino ad un massimo di 11 Kg.; è da notare che il peso finale rimase superiore a quello di entrata anche nei 7 casi che ho classificati come risultati negativi. L'aumento del peso non si deve per intero addebitare ad aumento delle riserve di adipe, poichè in tutti gli ammalati i muscoli col lavoro mostrarono di aver acquistato maggiore sviluppo e maggiore tonicità.

Ho controllato in molti la capacità vitale media prima e dopo la cura e i risultati mi sembrano favorevoli alla dimostrazione della influenza benefica del lavoro anche a questo riguardo; non mi sento però di riportare le cifre ottenute nelle varie prove dai vari soggetti, anche perchè ho potuto osservare in alcuni malati, che nella stessa seduta si possono ottenere cifre molto diverse con oscillazione in più o in meno perfino di 150 a 250 cc. di aria, qualora questi ammalati abbiano acquistato un certo grado di allenamento alla prova spirometrica.

Il carattere popolare del nostro Sanatorio ci ha portato ad eseguire le osservazioni specialmente in soggetti che già facevano per professione una vita più o meno intensa di lavoro fisico, per cui in essi si poteva pensare ad una tolleranza preventiva alla cura del lavoro. Ma anche per quelli ammalati, che, provenendo da classi sociali più agiate o esercitando una professione sedentaria, non applicavano precedentemente i loro muscoli, noi possiamo dire che l'applicazione del lavoro può riuscire utile ed essere bene tollerata; il lavoro bene regolato produce nell'ammalato che lo compie un senso di benessere che spesso basta da solo a farlo desiderare, e combatte la noia e la depressione psichica tanto frequenti negli ammalati di più elevata cultura, specialmente se la loro degenza si prolunghi per un tempo superiore alle loro previsioni; solo 3 dei nostri ammalati appartenenti a classi colte ed agiate si mantennero in un inesplicabile ostinato rifiuto contro il lavoro (16, 30, 35).

Abbiamo già detto che il genere di lavoro da applicare all'ammalato di tubercolosi nel Sanatorio deve essere conforme a quello esercitato prima della malattia o per lo meno avvicinarsi, e ciò perchè le reazioni al lavoro sono più accentuate quando il malato fa un esercizio muscolare diverso da quello suo abituale. Se poi si tratti di soggetti che non abbiano in precedenza esercitato un lavoro muscolare bisogna essere nella scelta dell'applicazione molto prudenti; la quantità iniziale del lavoro e la progressione devono esser minori. Nei casi 6, 10, 17, 18, 26, i malati, eseguendo lavori che erano loro abituali, ebbero reazioni molto minori, di quelle avute da altri con lavori non abituali, pure eseguendo una quantità di lavoro eguale sia per lo sforzo che per il tempo.

La osservazione su alcuni dei nostri ammalati si estende ormai da alcuni anni e continueremo ancora a proseguirle, fiduciosi che le deduzioni nostre non saranno smentite.

La ripresa del lavoro professionale dopo la uscita dal Sanatorio dovrebbe esser regolata con gli stessi criteri applicati con la cura del lavoro; sopratutto badare che nel caso il licenziato debba scegliere una nuova occupazione, questa sia per quanto possibile conforme a quella che egli aveva precedentemente esercitata (Kidney, 1922), perchè vengano messi in funzione in prevalenza gli stessi gruppi muscolari. Il lavoro rappresenta quindi un coefficiente utile nella cura della tubercolosi polmonare, ma come siamo lontani dall'eccesso dottrinale di quelli che vedono nel riposo assoluto il fondamento di cura della tubercolosi polmonare, neppure vogliamo che si arrivi all'eccesso opposto di lasciare libero di sè l'ammalato, senza limiti di lavoro e senza metodo, poichè come diceva argutamente il Daremberg « si devono scuotere le prugne dal frutteto ma non gli ammalati di tubercolosi ».

Il Jaquerod di Leysin in una comunicazione all'ultima conferenza della Unione Internazionale contro la tubercolosi (Bruxelles, 1922) ha detto: « Le travail chez le tubercoleux doit être la continuation de la cure du repos ». Anche nella nostra pratica sanatoriale diamo la dovuta importanza alla cura del riposo, alla quale sottoponiamo ogni ammalato nel primo tempo della nostra osservazione e a volte, secondo la necessità, prolunghiamo anche più oltre; e fintanto che il riposo continua a dare un miglioramento siamo disposti a rispettarlo.

ligi alla pratica comune di sfruttare un metodo di cura fino a quanto può dare di effetto utile; ma quando vediamo, che si stabiliscono nel soggetto le condizioni opportune, cioè che nel focolaio cessa ogni attività e la condizione dello stesso si mantiene ostinatamente stazionaria, mentre il polso, la temperatura e la nutrizione generale si presentano abbastanza buoni, a questo punto riteniamo che un eccitamento di tutte le attività organiche possa contribuire ad un più rapido progresso, e perciò interrompiamo l'assoluto riposo colla opportuna applicazione del lavoro, e questo specialmente facciamo in quei soggetti nei quali l'esercizio muscolare è stato in precedenza la occupazione principale della vita.

Seguendo questi criteri la applicazione prudente del lavoro può riuscire vantaggiosa perfino in casi che per opinione generale si dovrebbero ritenere perduti (Sergent, *Tuberculose*, vol. II, pag. 344, anno 1921) come sono quelli nei quali si notano sintomi che dimostrano la avvenuta disintegrazione caseosa nei focolai distribuiti in uno od in ambedue i polmoni, e i cui caratteri clinici si sono mostrati per molti mesi immutati malgrado l'assoluto riposo. Anche in questi pur gravi casi per nostra esperienza è utile di applicare con cauta progressione e con lusinghiere speranze l'esercizio muscolare; le nostre osservazioni 1 e 26 ne sono un chiaro esempio. La nostra statistica però assume un'importanza veramente dimostrativa nei casi di forme torpide, in quelle a tipo sclerosante e nelle forme di origine e sede pleurica; in alcune delle quali apparisce più confortante l'esito in guarigione, perchè trattavasi di ammalati rientrati in sanatorio per ricaduta e nei quali in generale più grave il pronostico; sia poi nell'una o nell'altra forma, si può dire che la cura della tubercolosi polmonare, consolidata con il lavoro, ha una resistenza molto più grande e molto più duratura.

***

Conclusioni: Il lavoro merita di essere introdotto nel regime di vita degli ammalati di tubercolosi polmonare, quale coadiuvante nella cura; i suoi effetti si rivelano specialmente nelle forme ad andamento cronico, apiretiche, torpide, qualunque possa essere la loro estensione; l'applicazione del lavoro deve essere fatta con criteri rigorosi che derivano dalla conoscenza della individualità del soggetto, cioè del modo speciale come esso reagisce.

***

Giunto alla fine sento il dovere di ringraziare il Direttore del Sanatorio dott. M. Bertolini pei consigli e gli aiuti dei quali mi fu largo nel corso di questo studio.

BIBLIOGRAFIA.

BERNARD L. *Conception actuelle de la tubercolose pulmonaire*. Presse Médicale, 1914.

BERTELEN. *Doit-on faire travailler les tuberculeux?* 1910.

BERTOLINI M. *Il primo decennio di vita del Sanatorio Popolare Milanese Umberto I in Prasomaso*, 1922.

BEULEUMIÈ P. *Colonie Sanitaire agricole de Tonney-Charente*, Paris 1913.

BROUARDEL et GILBERT. *Maladies de la plèvre et du médiastin*. Baillière, 1922.

BURNAND L. *Colonie du travail de Leysin*, 1912-1922.

ID. *La guérison de la tuberculose pulmonaire*. Bailliere, 1923.

CABET. *Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le travail manuel*. 1912.

COVA F. *I criteri per la scelta degli ammalati sanatoriabili*. Attualità medica, 1923.

ID. *La ricerca radiologica delle malattie del polmone*. Morgagni, 1922.

Difesa Sociale. Roma, 1922.

DUMAREST. *La cure du travail chez les tuberculeux*. Bull. Méd., 1919.

GATTI F. *La lotta Sociale antitubercolare in Italia*. Hoepli, 1910.

ID. *Il costo di esercizio di un sanatorio in montagna*. Milano, 1915.

ID. *Il lavoro graduale nella cura della tubercolosi polmonare*. Ospedale Maggiore, 1918.

ID. *I sanatori per i fanciulli ammalati di tubercolosi*. Ospedale Maggiore, 1921.

GILBERT H. *Contribution à l'étude des psichenevres chez les tuberculeux polmonaires*. Baillière, 1911.

KIDNER. *Conferenze internazionali di Bruxelles*. 1922.

LEVI E. *La medicina sociale in difesa della vita e del lavoro*. Roma, 1922.

PESCHER-CREGNY ROSENTHAL. *La prétendue loi de repos dans la tuberculose polmunaire*. Paris, 1914.

PIERI. *La tuberculose polmunaire*. Dein, 1910.

PIDOUX. *Etudes générales et pratiques sur la pthisie*. Asselin, Paris, 1874.

QUARELLI G. *Lavoro e tubercolosi*. Lattes, 1922.

ROATTA G. B. *Per una fattoria sanatorio*. Tubercolosi, 1917.

ID. *Educazioni professionali dei tubercolosi sanatoriabili e criteri d'invalidità*. Tubercolosi, 1919.

ID. *Esperienze sanatoriali di guerra*. 1919.

ROMME. *L'autoimmunisation par le travail comme traitement de la tuberculose*. 1919.

SABO RNIN. *Travail ou repos absolu chez les tuberculeux?* 1910.

SALVINI GUIDO. *La colonia agricola-industriale*

nella lotta contro la tubercolosi. Giornale della R. Società d'Igiene e Tuberc. 1922.

SERGENT E. *Etudes cliniques sur la tuberculose.* A. Maloine, 1919, Paris.

ID. *Tuberculose.* Vol. I, vol. II. A. Maloine, 1921, Paris.

TREVISAN UGO. *L'emottisi.* Milano, 1921.

Tubercolosi. Roma, annali 1919, 1920, 1921.

VAUDREMER A. *Colonie Agricole du Cannet.* Cannes, 1911.

VINSAC. *Cure de travail chez les tuberculeux.* 1919.

VIGNÉ A. *La cure du travail dans le traitement de la tuberculose polmunaire.* Baillière, 1916.

CASISTICA CLINICA.

Numero	NOME e COGNOME	Età	Professione	Stadio di malattia	Mesi di degenza	Mesi di applic. del lavoro	Esito
1	L. Lorenzo	17	studente	3° subattivo	12	6	ottimo
2	D. Filippo	20	macchinista	2° inattivo	4	3	ottimo
3	F. Tommaso	24	ferroviere	1° subattivo	7	5	sfavorevole
4	C. Giuseppe	42	portinaio	2° inattivo	11	8	buono
5	G. Angelo	40	fattorino	2° subattivo	6	3	ottimo
6	P. Felice	25	meccanico	1° inattivo	6	2	ottimo
7	M. Mario	19	falegname	2° inattivo	8	4	sfavorevole
8	C. Damiano	36	sarto	1° inattivo	9	5	ottimo
9	C. Vasco	18	fornaio	1° inattivo	6	4	ottimo
10	C. Attilio	18	droghiere	1° inattivo	4	1	ottimo
11	F. Lorenzo	19	fuochista	1° inattivo	6	4	(*)
12	G. Vaipo	36	sarto	2° torpido	10	6	ottimo
13	G. Clemente	47	tipografo	1° inattivo	6	4	ottimo
14	G. Alessandro	18	macellaio	1° inattivo	15	5	ottimo
15	B. Federico	29	fattorino	2° inattivo	9	5	ottimo
16	M. Luigi	19	studente	1° inattivo	4	2	(*)
17	P. Leone	25	pittore	1° inattivo	7	5	ottimo
18	S. Giacomo	24	verniciatore	1° inattivo	6	4	ottimo
19	T. Giuseppe	38	meccanico	2° inattivo	6	2	buono
20	P. Luigi	17	impiegato	1° inattivo	7	3	ottimo
21	Z. Galliano	22	meccanico	1° inattivo	5	4	ottimo
22	P. Dante	31	vigile urbano	2° inattivo	6	5	ottimo
23	G. Antonio	28	vigile urbano	2° inattivo	13	4	ottimo
24	B. Giovanni	35	cuoco	1° inattivo	6	5	ottimo
25	A. Gino	22	impiegato	1° inattivo	2	1	(*)
26	A. Archilinio	44	barbiere	3° subattivo	6	4	ottimo
27	D'A. Arturo	31	giardiniere	1° inattivo	6	4	sfavorevole
28	G. Sebastiano	37	barbiere	1° inattivo	6	4	sfavorevole
29	G. Stefano	22	carrettiere	1° inattivo	4	3	ottimo
30	P. Vittorio	31	agricoltore	2° inattivo	8	3	buono
31	G. Federico	39	meccanico	1° inattivo	6	2	buono
32	D. M. Antonio	26	impiegato	1° inattivo	9	6	ottimo
33	B. Francesco	20	elettricista	1° inattivo	4	1	ottimo
34	G. Luigi	35	giardiniere	2° inattivo	14	8	ottimo
35	C. Antonio	26	disegnatore	2° inattivo	6	2	(*)
36	C. Adolfo	26	muratore	1° subattivo	7	2	sfavorevole
37	R. Luigi	41	infermiere	1° inattivo	6	3	ottimo
38	R. Andrea	21	lattoniere	1° inattivo	3	1	ottimo
39	F. Angelina	26	maestra	1° inattivo	7	2	ottimo
40	C. Marino	20	macellaio	1° inattivo	4	1	sfavorevole
41	C. Davide	20	archivista	1° inattivo	5	2	sfavorevole
42	S. Evangelista	24	fabbro	1° inattivo	7	4	buono
43	S. Maria	34	maestra	1° inattivo	7	3	buono
44	A. Vincenzo	17	meccanico	1° inattivo	3	2	ottimo
45	L. Angelo	40	falegname	1° inattivo	4	2	ottimo

(*) Osservazioni incomplete per dimissione dell'a. per motivi disciplinari.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI BARI.

Su di un caso raro di lesione del mesencefalo per ferita d'arma bianca

per il dott. GIOVANNI PICCOLI, capitano medico.

L'ex militare Z. F., 158° fanteria, nato il 21 aprile 1888 a Francavilla Fontana, di mestiere carrettiere, il 13 giugno 1916 sull'Altopiano di Asiago fu ferito in un combattimento corpo a corpo da un colpo di baionetta austriaca alla regione zigomatica sinistra: immediatamente cadde a terra privo di sensi che riacquistò dopo qualche ora; fu curato in diversi ospedali e usufruì di parecchi mesi di licenza di convalescenza.

Già pensionato con gli assegni di 2ª categoria di pensione rinnovabile, viene il 14 marzo corrente anno sottoposto a nuovi accertamenti per la pensione definitiva.

Anamnesi. — Anamnesi famigliare negativa. Non sofferse malattie degne di nota. Non si contagiò mai di sifilide. Non bevitore, modico fumatore.

Esame obbiettivo. — Presenta buono stato di nutrizione e sanguificazione. Apparato ganglionare linfatico normale. Sani tutti gli organi toraco-addominali. Normali i vari sensi specifici (vista, udito, gusto, olfatto).

Alla regione zigomatica sinistra si osserva una cicatrice lineare diretta in senso trasversale, lunga 3 cm. consolidata, mobile, esito di ferita da punta e taglio che penetrò in profondità ledendo la base del cranio.

In corrispondenza della cicatrice si nota un tic.

All'esame del sistema nervoso, si nota nella faccia al lato destro abbassamento dell'angolo buccale, e minore accentuazione della piega naso geniena.

Nel mostrare i denti si osserva stiramento dell'angolo buccale sinistro. La sensibilità è conservata.

Al lato sinistro si rileva invece anestesia che si estende anche nella regione parietale e occipitale corrispondente. Si riscontra inoltre contrazione spastica del massetere e degli altri muscoli masticatori (Trisma). Non si nota ipotrofia. Non è possibile fare aprire la rima dentaria oltre un centimetro e mezzo, in modo da esaminare bene la posizione e lo stato della lingua allo stato di riposo. Questa si può protundere solo in grado leggero: non è ipotrofica, nè si osservano contrazioni fibrillari.

A destra l'apertura è di un mezzo centimetro più alta che a sinistra. Non si nota in questo lato nessuna lesione del facciale.

Normale la mobilità dei sopraccigli, del muscolo frontale, delle palpebre superiori.

Bulbi oculari mobili in tutte le direzioni, e in posizione normale allo stato di riposo: pupille bene reagenti alla luce e all'accomodazione.

Al lato destro del corpo gli arti superiore ed inferiore, ma specialmente questo ultimo presentano modico grado d'ipotrofia. I movimenti passivi sono conservati, gli attivi si compiono meno bene, sono limitati e presentano evidente notevole diminuzione di forza.

Specie l'arto inferiore presenta contrazione spastica dei muscoli, con le dita dei piedi con tendenza a disporsi in forzata estensione massimamente l'alluce. Nella mano il 5° dito si trova in leggera flessione nelle due ultime falangi.

I riflessi cutanei e cremasterici di questo lato sono affievoliti, i tendinei invece policinesici. Babinski e Oppenheim bene manifesti. Presenza del segno del ventaglio. La sensibilità è notevolmente diminuita.

Al lato sinistro il tronco e gli arti non presentano alcun disturbo nè di motilità, nè di sensibilità, o vasomotorio, nè alcuna alterazione trofica. Tutti i riflessi sia cutanei che tendinei sono normali.

La deambulazione è paretica e falciante nell'arto inferiore destro.

Si riscontra inoltre spiccato disturbo della favella.

Riassumendo, l'infermo presenta: paralisi del facciale destro ed emiparesi sensitiva e motoria di tutto il lato destro; lesione motoria e sensitiva del trigemino di sinistra; disturbi della parola.

DISCUSSIONE DEL CASO.

Da quanto è stato esposto risulta subito, tenuto conto della sede della ferita, della sua presumibile direzione in profondità, della qualità dell'arma che la produsse, e della imponente sindrome nervosa immediata e tuttora esistente, non ostante il lungo tempo già trascorso (quasi sette anni), che si tratta di una ferita della base del cranio con lesione di alcuni importanti centri nervosi quivi situati. Deve essere stato leso senza dubbio data la sintomatologia presentata o la base del peduncolo cerebrale (*pes peduncoli*) sinistro o il Ponte del Varolio. Il percorso verosimile della ferita attraverso il cranio potrebbe essere stato il seguente: arcata zigomatica e fossa molare, poscia l'arma perforando la grande ala dello sfenoide a livello del forame ovale, e anche attraversando questo stesso foro sfiorando quindi il margine superiore della rocca petrosa, interessando il tentorio avrebbe raggiunto la base del peduncolo cerebrale.

Oppure è verosimile anche che l'arma, sfiorando il margine inferiore della stessa piramide petrosa, abbia fratturato la base del cranio in corrispondenza della sinostosi tra lamina quadrilatera dello sfenoide e porzione basilare dell'occipitale, raggiungendo così il Ponte del Varolio nella sua parte ventrale sinistra.

Per ragioni di topografia e struttura anatomica è più verosimile che sia stato leso il pes peduncoli. Una lesione di questa sede produce difatti una emiplegia, perchè i quattro quinti mediali delle sue fibre contengono vie

piramidali. Ma se ciò fosse, avrebbe dovuto esser leso necessariamente anche il III paio dei nervi cranici che esce dalla superficie mediale del peduncolo destinato alla maggior parte dei muscoli del bulbo oculare dello stesso lato, e si sarebbe verificata la sindrome alterna di Weber (paralisi dell'oculomotore di un lato, sinistro nel nostro caso, associata ad emiplegia totale degli arti del lato opposto). L'oculomotore comune però nel nostro paziente è integro. Di più, poichè esiste anche emianestesia controlaterale, bisogna ammettere che sia stata interessata anche la parte posteriore del peduncolo specialmente verso la parte laterale dove si trova il nastro di Reil. Ma perchè ciò avvenga, è necessario che l'arma nell'attraversare il peduncolo dall'avanti all'indietro, leda nel suo passaggio per raggiungere le fibre sensitive il nucleo rosso, e le vie cerebello-rubriche, e presenti quindi la sindrome seguente:

a) paralisi controlaterale a tipo centrale degli arti e della faccia; *b*) paralisi omolaterale dell'oculomotore comune; *c*) emianestesia controlaterale degli arti e della faccia; *d*) emitremore, asinergia, adiadococinesia, dismetria controlaterali (cioè del lato dell'anestesia) e anche titubazione con lateropulsione verso il lato opposto, che sarebbe cioè l'associazione della sindrome del Weber a quella del Marie e Foix.

È ancora verosimile però, sempre per ragioni topografiche, che la direzione della ferita nel *pes peduncoli* sia stata invece dall'esterno verso l'interno, interessando i varii fasci motorii ivi situati compreso il mediale senza la lesione del III paio. Questa evenienza è possibile benchè molto rara (fu pubblicato un caso di lesione della base del peduncolo senza interessamento dell'oculomotore comune dal prof. Giannelli, riportato dal Mingazzini nel suo *Trattato di Anat. Clin. dei Centri Nervosi*): è assai difficile a verificarsi specialmente nel nostro caso, in cui è stato interessato certamente il territorio mediale contenente fasci cortico-bulbari tra i quali decorrono le fibre del III paio che fuoriescono poi dal margine interno. Con tale ipotetica, ma verosimile direzione dell'arma si giustifica anche la sindrome di emianestesia controlaterale degli arti tenendo conto che il nastro di Reil pur trovandosi nel pes posteriormente, si estende molto lateralmente e può quindi per tale sua posizione essere facilmente lesionato senza che nello stesso tempo vengano interessati il nucleo rosso e le fibre cerebello-rubriche che si trovano più all'interno. Però anche con ciò non si può spiegare la emianestesia emolaterale della faccia, perchè nel peduncolo le fibre centrali del trigemino sono incrociate e devono necessariamente provocare l'emianestesia controlaterale.

Si potrebbe opporre però che la lesione del trigemino sia avvenuta perifericamente. Si può ammettere benissimo la lesione del mascellare inferiore che, fuoriuscendo dal forame ovale, si trova appunto nel percorso presumibile seguito dall'arma.

Ma non si potrebbe spiegare con questa ipotesi l'anestesia nei territorii innervati della 1ª e 2ª branca del trigemino di sinistra, e la sensibilità conservata nella parte destra della faccia.

Bisogna pensare quindi a una lesione del Ponte del Varolio.

Questo per ragioni topografiche deve essere stato colpito nella parte anteriore o ventrale: e poichè in questa decorrono le vie piramidali e cortico bulbari si deve produrre in una lesione di questa sede paralisi controlaterale, come si è verificato nel nostro paziente.

Essendovi inoltre, come si è già detto, anche un'emianestesia destra (sindrome alterna sensitiva) significa che è stato colpito anche il lemnisco o nastro sensitivo di Reil che decorre nella parte posteriore del Ponte. Quindi l'arma deve essere penetrata in profondità ledendo la parte ventrale e la dorsale. Ora bisogna vedere se è stato interessato il Ponte nella sua parte prossimale o distale.

Se la lesione si è verificata nella parte inferiore dove cioè già le fibre cortico-bulbari del facciale si sono staccate dai fasci piramidali e si sono già incrociate, si doveva produrre la paralisi alterna di Millard-Gubler, paralisi cioè del facciale di sinistra e degli arti di destra: mentre nel nostro ferito il facciale è paralizzato a destra per cui la lesione è dovuta avvenire in alto nella parte prossimale dove cioè le fibre centrali di questo nervo non hanno ancora abbandonato il fascio piramidale e non si sono quindi incrociate. Una lesione a quel livello produce invero paralisi crociata totale controlaterale degli arti e della faccia come nel nostro caso.

Ciò per quanto riguarda la parte ventrale dove decorrono i fasci motorii. Ma nella parte tegmentale del Ponte se la lesione del lemnisco è avvenuta pure nel piano prossimale dove cioè passano le fibre sensitive ed in cui la via centrale sensitiva del trigemino è ancora unita alle vie sensitive degli arti e non si è ancora distaccata e incrociata, è chiaro che si sarebbe dovuto verificare anestesia della faccia e degli arti del lato opposto, il destro nel nostro caso. Il nostro infermo presenta invece un'anestesia crociata (anestesia della faccia di sinistra e degli arti di destra):

bisogna pensare perciò che il focolaio di lesione sia caduto nel piano distale dove cioè il *tractus bulbo-spinalis* che raccoglie come è noto le fibre sensitive omolaterali della faccia non si è ancora decussato. È necessario ammettere quindi per renderci conto della sintomatologia presentata che il decorso della ferita nel Ponte sia stata in direzione obliqua dall'alto verso il basso, e dall'avanti all'indietro.

Nel nostro paziente si è verificata anche paralisi omolaterale della parte motoria del trigemino con conseguente trisma.

Non è assurdo il pensare che la baionetta nel penetrare nel Ponte abbia interessato nella sua faccia ventrale la parte laterale esterna in modo da colpire le radici motorie del trigemino che traforano il Ponte per fuoriuscire dalla sua base: ciò è spiegabile data la forma angolare della estremità della baionetta che ha potuto produrre una lesione da punta in profondità nella parte tegmentale e da taglio nella parte ventrale.

In qualche raro caso di lesione del Ponte di emiplegia alterna per lo più da sifilide, l'affezione del trigemino è stata riscontrata sempre incompleta, e colpita solo la porzione sensitiva, in totalità o in parte, oppure soltanto la porzione motoria; e se anche tutte e due contemporaneamente, mai in maniera che la paralisi e l'anestesia del dominio nel trigemino siano complete come si è verificato nel nostro caso.

Ultimamente è stato oggetto di ricerche speciali la determinazione esatta dall'area sensitiva della cute innervata esclusivamente dal trigemino, e si sono utilizzati per risolvere tale quesito, il metodo della dissezione anatomica, oppure il metodo della anestesia residuale mediante la dissezione di alcune branche del trigemino, oppure il criterio dell'anestesia prodotta dalla estirpazione del ganglio di Gasser.

Questi metodi non conducono tutti alle stesse conclusioni.

Nel nostro paziente l'anestesia dolorifica della cute si estende alla metà sinistra della faccia ed al cuoio capelluto fino alla lambda e coincide coi risultati della dissezione anatomica.

Mentre in tutte le varietà di sindromi della lesione del Ponte, pubblicati nella letteratura, il VI paio è sempre preso, e ciò è chiaro dato i rapporti e il decorso di questo nervo, nel nostro caso invece esso è rimasto illeso. Ciò è spiegabile quando si pensa che in tutti i casi di lesione conosciuta del Ponte si è trattato di focolai neoplastici o degenerativi di una certa estensione quali gomme sifilitiche, tumori, ecc., nel nostro invece la lesione è stata molto circoscritta trattandosi di una ferita da punta e taglio che presenta tutti i caratteri di un esperimento di gabinetto.

In quanto ai disturbi della favella presentati dal nostro infermo, questi consistono in un inceppamento, in una certa alterazione dell'articolazione della parola, in un carattere piuttosto esplosivo della voce; presenta cioè una spiccata disartria dovuta, come è noto, a lesione di alcune fibre del fascio genicolato nel loro decorso protuberanziale (neurone centrale) e più precisamente delle vie verbo artriche. Ora se si confronta la lesione del facciale e del linguale non molto gravi con la spiccata disartria, non si riscontra un'adeguata corrispondenza tra le due lesioni.

Questa constatazione di fatto contribuirebbe a confermare l'ipotesi del Mingazzini, secondo il quale le vie verbo articolari che originate da putamen e unite nel loro decorso alle vie cortico-bulbari, nel Ponte hanno poi una dissociazione, una separazione per cui talora spicca la disartria in confronto della lieve paresi glosso-facciale e viceversa a seconda che sia leso più l'uno che l'altro fascio, al contrario di quanto invece succede nelle lesioni del *genu capsulae* e del *pes peduncoli* in cui i disturbi disartrici sono corrispondenti alle deficienze funzionali del facciale e dell'ipoglosso essendo i due fasci uniti.

La deficiente protusione della lingua fa pensare alla lesione dei fasci che presiedono alla proiezione di questa che secondo ricerche sperimentali di Beever e Horsley sul macaco si trovano già ben differenziate nella zona motrice della capsula interna tra le vie destinate ai gruppi muscolari della deviazione del capo e quelli destinati all'angolo della bocca e ai movimenti degli arti, e autorizzerebbe a pensare che queste fibre destinate ai movimenti specializzati dei vari segmenti del corpo decorrono nelle vie cortico-bulbari, per lo meno nel Ponte, non confuse anzi ben distinte.

Ho ritenuto di un certo interesse scientifico la pubblicazione di questo caso di ferita di guerra prima di tutto per la sua rarità, sia per la sede della lesione sia per il modo mediante il quale fu prodotta; in secondo luogo perchè si presta, come si è veduto, ad alcune considerazioni anatomiche, e perchè, tenuto conto dell'origine e natura della lesione, paragonabile sotto certi aspetti ad un esperimento di laboratorio, si reca un modestissimo, ma pur sempre utile contributo clinico allo studio della costituzione anatomica e della natura funzionale di alcuni centri nervosi del mesencefalo.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA DIGERENTE.

Ernia inguinale destra dopo appendicectomia.

(OUDARD et JEAN. *Journal de Chirurgie*).

Gli AA. credono di dover richiamare l'attenzione dei chirurgi su nove casi di ernia inguinale destra consecutiva ad appendicectomia, la cui formazione sembra etiologicamente legata con l'intervento pregresso.

In tutti i casi l'appendicite è stata grave.

L'appendicectomia è stata eseguita con processo alla Roux o alla Mac Burney.

L'ernia è apparsa in media dopo 13 mesi con un minimo dopo tre mesi e un massimo dopo 8-14 anni.

Caratteri clinici. — In tutti i casi si è trattato di ernia obliqua esterna allo stato di bubonocele o più voluminosa, secondo il tempo in cui il malato si è presentato.

I sintomi sono stati uguali in tutte le ernie e benchè non abbiano avuto nulla di assolutamente caratteristico tuttavia di speciale è stato notato:

Parete aponevrotica addominale rilasciata e sfiancata, specialmente presso la cicatrice dell'appendicectomia.

Parete muscolare assottigliata rispetto al lato opposto (in più della metà dei casi).

Contenuto epiploico a consistenza particolare per infiammazione cronica.

Falsa riducibilità in quanto, come si è constatato all'operazione, scomparivano insieme col sacco.

Caratteri anatomici. — Primo carattere è stato l'aderenza dell'epiploon col sacco, che si è estesa talora fino alla cicatrice dell'appendicectomia e talora fino a tutta la fossa iliaca, onde per la resezione epiploica nell'intervento è stata necessaria in tali casi la escissione della cicatrice preesistente.

Secondo carattere è stato la sottigliezza del sacco, che è di propulsione e non congenito.

Terzo carattere, un po' meno costante, è stato l'indebolimento della parete addominale sia nella parte aponevrotica che nella muscolare. I muscoli talora sono stati ridotti a tessuto fibroso.

Patogenesi. — Nella formazione di queste ernie gli AA. dànno grande importanza alle adesioni epiploiche nella fossa iliaca dovute alla appendicite o all'intervento pregressi. Le aderenze costituirebbero sotto gli sforzi il punto di localizzazione di impulsi i quali si esplicherebbero sul diaframma peritoneale che chiude l'anello inguinale interno. Difatti gli AA. in ernie che presentavano gli stessi caratteri anatomici hanno trovato appendicite pregressa non operata.

Causa di minore importanza considerano poi l'indebolimento della parete addominale cagionato dalla appendicectomia. In generale trattandosi di appendiciti molto gravi è stato necessario un largo traumatismo muscolo-aponevrotico, a cui attribuiscono l'indebolimento della parete e perciò la formazione dell'ernia. Si può supporre che in questo indebolimento abbia importanza l'eventuale paralisi dei nervi grande e piccolo addomino genitale lesionati durante l'intervento sia con taglio alla Roux sia con quello alla Mac Bourney, poichè detti nervi vengono ad avere un decorso incrociato alla direzione della scissione delle fibre muscolari. Però a questo fattore non credono di dover dare grande valore per il fatto che dette ernie non sono molto frequenti in seguito a comune appendicectomia.

Diagnosi. — Nelle diagnosi queste ernie si distinguono dalle ordinarie per l'indebolimento della parete addominale e per la consistenza speciale dell'epiploon contenuto nel sacco.

Trattamento. — Dal punto di vista profilattico, per la sopradetta patogenesi, converrebbe resecare nell'appendicectomia tutto l'epiploon infiammato, ma ciò naturalmente non è prudente in caso di appendicite acuta.

Conviene altresì nell'intervento per appendicite una laparotomia non molto mutilante e come tale gli AA. consigliano quella alla Mac Bourney con uno spostamento verso i muscoli retti nella scissione delle fibre muscolari onde evitare la lesione dei nervi addomino genitali.

Nell'erniotomia radicale poi consigliano liberare e resecare tutto l'epiploon aderente perchè esso non costituisca una predisposizione alla recidiva, che ebbero a lamentare in un caso in cui non fu rispettato tal precetto.

E per vincere l'indebolimento della parete addominale consigliano di abbassare i muscoli fino all'arcata di Falloppio nella ricostruzione del canale inguinale (com'è di regola nel processo del nostro Bassini).

GUSSIO

L'anestesia rachidea in chirurgia gastrica.

(BLOCH. *Paris Médical*).

L'A. fa notare, anzi tutto, come la chirurgia gastrica, quantunque non molto difficile, dia luogo ad una mortalità — molto accentuata per la minorata resistenza organica del paziente.

Le cause più frequenti d'insuccesso sono rappresentate dallo schoch — dalla broncopol-

monite, dell'insufficienza epatica e renale. In tale soggetti l'intossicazione anestetica anche minima può determinare la morte, ed è perciò che l'A. consiglia l'anestesia con la novocaina al 5 %, data la sua minima tossicità.

Prima d'intervenire sullo stomaco, il chirurgo deve sempre ricercare l'acidità nelle urine, e se esistente, farla scomparire con iniezioni di glucosio.

Egli consiglia la seguente tecnica:

Iniezione preventiva di morfina, salvo controindicazioni.

Puntura lombare bassa in posizione seduta.

Estrazione abbondante di liquido cefalo-rachidiano, in media 30 cc. (secondo Le Filliastre) per ottenere una buona anestesia sotto cervicale, e scongiurare la cefalea postoperatoria.

Aspirare un po' di liquido nella siringa in cui si trovano 12 centigrammi di novocaina tyndallizzata e non sterilizzata all'autoclave, in cui perde la sua attività e 1/4 di milligrammo di adrenalina, salvo controindicazioni, come nell'arteriosclerosi.

La novocaina ha il grande vantaggio di essere poco diffusibile, non salendo in genere al di sopra della clavicola, restando così lontano dal bulbo.

Iniettare il liquido con forza.

Fare un'iniezione ipodermica, preventiva, immediata, di 20 centigrammi di caffeina.

In caso di sincope, iniettare la stessa quantità di caffeina per via rachidea, la cui efficacia è indiscussa secondo l'A.

Non mettere il paziente in posizione declive, se non dopo 10 minuti dall'iniezione.

T. LAURENTI.

I metodi di trattamento delle emorroidi.

(R. BENSAUDE e P. OURY. *Journ. des praticiens*, 16 giugno 1923).

Dal punto di vista terapeutico ed anatomoclinico, le emorroidi vanno divise in interne ed esterne. Le prime sono situate al disotto dello sfintere e si trovano in corrispondenza o vicino all'unione della pelle con la mucosa anale, sicchè risultano essere sottocutanee o sottomucose. Queste ultime si vedono soltanto spiegando la mucosa anale. Questo tipo di emorroidi ha una sintomatologia semplice; sanguina raramente, ma si infiamma spesso; la terapia ne è agevole ed i dolori si calmano facilmente con l'uso di pomate sulla regione anorettale combinato con il trattamento generale. Le emorroidi interne esigono per essere vedute l'uso dello speculum e del rettoscopio; sono caratterizzate dalla tendenza al prolasso, alle emorragie e possono complicarsi con lo strozzamento; la terapia spesso fallisce, sicchè occorre ricorrere alla cura radicale.

Alla base di ogni trattamento razionale si trovano certe regole igieniche ed alimentari, come l'evitare la vita sedentaria, il fare degli esercizi moderati, evitare la costipazione abituale e l'abbondanza di certi alimenti (burro, miele, fichi secchi) e gli eccessi specialmente della tavola, fare una pulizia rigorosa della regione anale con semicupi, piccoli clisteri freddi dopo ogni evacuazione.

I fenomeni dolorosi ed infiammatorii si combattono con il riposo, la dieta, le applicazioni di compresse con acqua vegeto-minerale e la medicazione oppiacea, alla cocaina, alla belladonna, crisarobina, od ortoformio o bismuto. Le emorragie poco abbondanti non giustificano un trattamento speciale, ma la loro abbondanza e ripetizione costituisce un pericolo; in tal caso vanno combattute con gli emostatici in forma di pomate o suppositorii o per via interna: hamamelis, hydrastis, adrenalina, ippocastano.

Come suppositorii gli autori consigliano i seguenti: Ossicloruro di bismuto centigrammi 5; Adrenalina gocce 5; Stovaina mg. 5; Estratto di Cupressus, Estr. di ippocastano ana mg. 75; Burro di cacao g. 3. Si può anche ricorrere a clisteri caldi o freddi con tannino (g. 1 %), allume (g. 4), gelatina (g. 1), cloruro di calcio (g. 2) od a compresse imbevute con siero di cavallo. In caso di emorragie minacciose, prescrivere il riposo assoluto con applicazione locale di ghiaccio, praticare il tamponamento con garza iodoformica od imbevuta di soluzione di ferripirina o cauterizzare il punto sanguinante. In presenza di prolasso o strozzamento, fare la riduzione dolce e continua con una compressa imbevuta di olio, mettendo il malato in decubito laterale ed anestetizzando la regione con vaselina alla novocaina; si può anche tentare l'applicazione di una sanguisuga ai margini dell'ano; utili sono le polverizzazioni con liquidi antisettici e l'applicazione di un *bandage* nel prolasso a ripetizione. Nei dolori atroci della ragade anale, si useranno i calmanti (cocaina, belladonna) in forma di garza imbevuta o di suppositorii e la cauterizzazione al nitrato d'argento della ragade ben spiegata e messa a nudo. Nelle emorroidi interne si può fare l'applicazione dell'alta frequenza e la diatermia, nelle esterne e procidenti si userà piuttosto la diatermo-coagulazione.

La vera cura radicale delle emorroidi si può ottenere solo con due metodi, l'intervento chirurgico e le iniezioni sclerosanti. Per queste ultime, gli AA. dànno la preferenza alle inie-

zioni di bicloridrato di chinino e di urea al 5 %; si praticano solo nelle emorroidi interne che devono venire scoperte con l'anoscopio; la anestesia locale non è necessaria. Il malato deve fare un clistere tre ore prima dell'intervento ed introdurre nel periodo del trattamento, mattina e sera, un suppositorio a base di bismuto, che resta aderente alla mucosa e la protegge in certo modo dal contatto con le sostanze fecali. Si userà una asepsi minuziosa, spennellatura dell'emorroide con tintura di jodio prima e dopo l'iniezione, sterilizzazione degli strumenti. Si iniettano ad ogni seduta 3-5 cmc. della soluzione nel tessuto cellulare sottomucosa alla base dell'emorroide; si produce un edema locale che ostacola la circolazione venosa; occorre evitare che l'ago, che deve essere finissimo, sia bagnato con la soluzione la quale è caustica; l'iniezione va fatta assai lentamente. Ogni dolore della regione anale deve far rimandare l'iniezione che è di per sè indolora; dopo di essa il malato riposerà per un'ora. Le iniezioni si ripetono ogni settimana (6-10 in tutto); prima però di procedere ad una nuova, ci si deve assicurare che quella precedente non ha lasciato alcun nodulo infiammatorio dolente. Durante il trattamento, il paziente si asterrà dal vino, caffè, senape, ecc. Gli AA. hanno sempre ottenuto un successo con questa cura e non hanno mai avuto incidenti che necessitassero il riposo in letto o l'abbandono della cura. Talvolta i malati hanno dopo qualche mese una ripresa delle emorragie; una nuova serie di iniezioni determina la guarigione definitiva. I risultati degli AA. sono tanto più notevoli in quanto che la cura è stata applicata in casi che avevano resistito ai trattamenti abituali e su emorroidi complicate da emorragie e da prolasso. Il metodo risulta superiore a quelli dell'alta frequenza e della diatermia ed ha sulle iniezioni di glicerina fenicata il vantaggio di non richiedere anestesia, nè riposo a letto nè regime severo. Evidentemente esso non può competere con l'intervento chirurgico, il quale però presenta delle difficoltà e delle complicazioni notevoli.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI

PICCOLI S. *Manuale di Ostetricia.* Pag. 750. Casa Editrice dott. Gennaro Giannini, Napoli, 1923. Prezzo L. 50.

Dotato di una sobria prefazione del prof. Miranda, cui il volume è dedicato, rispecchia ottimamente lo stato attuale dell'Ostetricia Italiana e tutti gli argomenti: dalla fisiologia alla patologia ostetrica, dalla indagine biologica alla clinica ed alla tecnica operatoria sono ampiamente trattati.

Diviso in tre parti: fisiologia, patologia, tecnica operatoria, specie quest'ultima merita di essere bene esaminata inquantochè l'A. ha evitato due scogli che spesso non sono superati da tutti: esporre troppo rendendo l'esposizione ingombrante, dire troppo poco riducendo l'utilità del lavoro.

In esso si trovano tutte le avvertenze anche minime che si debbono osservare e che in gran parte sono desunte da una lunga pratica e dalla continua, attenta e minuta osservazione dei singoli casi.

Il medico pratico vi troverà quanto occorre per portare alla donna che si affida a lui e che ha bisogno urgente di aiuto tutti quei soccorsi che l'arte suggerisce e che, se seguìti fedelmente, daranno risultati brillanti come debbono attendersi dalle moderne conquiste della scienza dell'ostetricia.

La brevità del testo che mira all'essenziale trascurando quanto è divagazione e discussione d'ipotesi fa del volume del Piccoli un utile ausilio dello studente e del medico nell'esercizio dell'ostetricia che tanti palpiti e trepidazioni suscita specie nell'inizio della propria carriera.

A. POZZI.

FORGUE e JEANBRAU. *Accidents du travail.* Quarta edizione. Prezzo Fr. 40. Editore Masson, Parigi.

IMBERT, ODDO e CHAVENAC. *Évaluation des incapacités.* Seconda edizione. Prezzo Fr. 40. Editore Masson, Parigi.

Questi due volumi costituenti il lessico dell'infortunistica francese si completano a vicenda. Il primo si diffonde nella trattazione delle alterazioni anatomiche e delle forme cliniche di origine traumatica, il secondo fissa i criteri, precisa le norme che devono guidare nella valutazione della riduzione della capacità lavorativa indotta dagli esiti permanenti delle lezioni da infortunio. L'uno e l'altro hanno un indirizzo schiettamente pratico.

Le nuove edizione hanno sulle precedenti, cui seguono a breve distanza di tempo, il van-

taggio dell'aggiornamento e di una più sicura trattazione di alcuni capitoli che hanno ricevuto incremento dalla esperienza fornita dalla guerra. *Dr.*

Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde. Pubblicato sotto la direzione di J. Misch. III edizione. Due volumi di pag. 700 e 682 con 596 fig. W. Vogel, ed. Lipsia, 1923. Prezzo-base Marchi 70.

Il grande slancio che ha avuto l'odontoiatria nel secolo scorso non è da attribuirsi solo a progressi nella tecnica, ma soprattutto al fatto che si sono sempre meglio investigati i rapporti fra le malattie dei denti e quelle degli organi, sicchè ne è venuta una conoscenza più profonda e più sicura delle prime e quindi un più efficace indirizzo terapeutico. Questa voluminosa opera, che ci si presenta in bella edizione, ci fa appunto conoscere quello che la medicina e l'odontoiatria hanno di comune e di interdipendenza ed è quindi utile non solo all'odontoiatra, ma anche al medico che vi troverà nozioni di somma importanza per la diagnosi e la terapia. Il lavoro di ogni singolo collaboratore è poi stato completato nella parte odontoiatrica da J. Misch, in modo che la trattazione ne rimane esauriente ed acquista una unità di indirizzo che raramente si trova in opere di tal fatta.

I singoli capitoli riguardano le malattie interne, nervose, sifilitiche, cutanee, oculari, la ostetricia e la ginecologia, la pediatria, l'otorinolaringoiatria, le malattie in dipendenza del lavoro industriale. Numerose e nitide le illustrazioni, in buona parte colorate. La lettura di questa opera riuscirà interessante anche perchè mostra impensati rapporti reciproci fra l'odontoiatria e le diverse malattie.

fil.

Falcone C. *Anatomia Umana, Sistematica e microscopica.* Vol. I, di pag. 637 con 380 figure. Vol. II, pag. 1024 con 602 figure. Editore dott. Gennaro Giannini, Napoli, 1923. Prezzo L. 150.

Scrivere oggi un trattato di anatomia può sembrare quasi un'audacia, dopo che se ne sono succeduti tanti, i quali — più o meno classici — vanno per le mani degli studenti e dei pratici.

Ma è con l'audacia dei forti che l'A. ha assolto il non facile compito.

In quest'opera dalla dizione sobria, dall'esposizione limpida, l'anatomia non ci appare più, come ce la ricordano gli studi universitari, arido esercizio mnemonico di nozioni slegate, ma come un tutto organico di cui si intravede l'alta importanza biologica.

I frequenti accenni embriologici e comparativi, su cui di solito è imperniata la descrizione, rendono più chiara la comprensione della morfologia, ed aiutano ad afferrarne il significato, mentre d'altra parte col non insistere su particolari ingombranti, l'A. raggiunge lo scopo di mettere bene in luce le nozioni fondamentali ed immanenti che sono le più importanti a conoscersi ed a ricordarsi.

Belle e chiare le figure, di cui molte originali; utilissimi gli schemi, specialmente quelli riguardanti il sistema circolatorio.

Lo studente che inizia i suoi studi anatomici, il medico pratico, che ha spesso bisogno di rinfrescare le proprie nozioni, troveranno in questo ben riuscito lavoro un'ottima guida ed un efficace consigliere.

A. Pozzi.

E. Martini. *Lehrbuch der medizinischen Entomologie.* Un vol. in-8° di 462 pagine con 244 fig. G. Fischer edit. Jena, 1923. Prezzo-base Marchi 10.

Il campo della entomologia medica si è andato allargando di molto nei nostri tempi, dopo le numerose scoperte che hanno messo in luce l'importanza degli insetti nella trasmissione delle malattie infettive; basti pensare al compito delle anofele nella trasmissione della malaria, a quello delle mosche tsè-tsè per la malattia del sonno, dei pidocchi nel tifo esantematico, ecc.

Chi desiderava occuparsi dell'argomento però non aveva a disposizione che i grandi ed inaccessibili trattati di entomologia e le opere su gruppi speciali di insetti, mentre mancava finora un libro d'insieme che, degli insetti che interessano il medico, desse notizia sufficientemente ampia e particolareggiata. Ottimo sotto tale punto di vista è il presente lavoro del Martini. Esso, dopo una breve introduzione in cui dimostra il posto che occupa l'entomologia in medicina e nelle scienze naturali, descrive la morfologia degli insetti, prendendo ad esempio l'anofele e dà uno sguardo generale alla sistematica. Passa poi a trattare gli insetti come animali tossici, come parassiti e come trasmettitori di malattie. In ogni capitolo si trova un'accurata descrizione degli insetti, con riproduzioni fotografiche e figure di grande chiarezza, tavole dicotomiche per la determinazione della specie; larga parte è fatta al significato che l'insetto assume per la medicina. Un ultimo capitolo è dedicato alla lotta contro gli insetti nocivi per l'uomo e gli animali. *fil.*

CONFERENZE.

L'attività specifica delle radiazioni nella biologia e nella clinica.

Riassunto di una conferenza del prof. GHILARDUCCI *al Congresso della Lega contro il Cancro, Bruxelles,* 18-21 *novembre* 1923.

La dottrina dell'attività biologica specifica delle radiazioni sorta e propugnata da lunghi anni nella Scuola Romana da me diretta, si impernia sopra considerazioni teoriche, sopra dati di fatto sperimentali e sopra un'accurata osservazione clinica. Data la teoria ondulatoria della maggior parte delle radiazioni Roentgen e Becquerel e la loro analogia fisica colle radiazioni luminose, è assai probabile un identico meccanismo d'azione sugli elementi viventi. E se l'azione antibatterica dei raggi Roentgen primari è debolissima o nulla in confronto dell'energica azione antibatterica dei raggi violetti ed ultra violetti ciò si deve certamente alla differente lunghezza d'onda notevolmente più breve per le radiazioni Roentgen primarie e per i raggi gamma del radium.

L'oratore ha verificato sperimentalmente se questa presunzione teorica era vera valendosi dei raggi secondari emessi sotto l'influenza dei raggi X da lamine metalliche. Ha ideata una tecnica originale che egli descrive. Espone i risultati delle sue numerosissime esperienze che durano da oltre quattro anni e la tecnica originale da lui ideata per realizzarle. In tutte le esperienze i risultati sono stati positivi (piocianico, colera, tifo, paratifo, batterium coli e tutto il gruppo dei saprofiti 1919-1923). Dati i risultati positivi degli esperimenti furono immediatamente sperimentate applicazioni cliniche specialmente in alcune malattie della pelle (lupus). Con ottimi risultati clinici che furono anche più sorprendenti e decisivi quando l'oratore ottenne i raggi secondari da granuli metallici introdotti nei tessuai per mezzo della ionoforesi. Questo metodo unitamente alla filtrazione variabile, della quale sarà parola più innanzi, ebbe larga applicazione in moltissimi casi di neoplasia maligna; i risultati furono decisamente favorevoli in epiteliomi ulcerati della pelle con secrezione fetida che si arrestò quasi sempre dopo una sola applicazione. Da questa serie di studi sperimentali e clinici possono dedursi argomenti solidissimi in favore della dottrina dell'attività biologica specifica delle radiazioni. Ma una serie di altri argomenti validissimi in appoggio di questa dottrina si desumono dai risultati degli esperimenti ideati ed eseguiti dall'oratore sullo stomaco del coniglio, esperimenti i quali hanno ispirato una nuova tecnica della cura dei tumori ulcerati che ha dato luogo a resultati clinici rilevantissimi nella terapia degli epiteliomi della pelle ulcerati ed infiltranti. Le esperienze sullo stomaco del coniglio hanno consistito nell'irradiare dall'esterno la regione epigastrica dell'animale con raggi di diversa qualità mantenendo uguale la quantità delle radiazioni. Furono usati nelle varie serie di esperienze rispettivamente raggi di 9-10 Wh; di 10-11 Wh; di 11-12 Wh; di 12-13 Wh; di 13-14 Wh. Furono usati filtri di 1-3-4 mm. di alluminio. A seconda della qualità dei raggi usati le lesioni furono prevalentemente flogistiche, sclerogene, sclerogene e necrotiche, necrotiche e distrofiche. Al disotto di un grado di durezza equivalente a 9 Wh le lesioni furono nulle.

L'oratore, con numerosissime proiezioni nitidissime, illustra tanto la prima che la seconda parte sperimentale. Dimostra come anche da queste esperienze sullo stomaco del coniglio sia convalidata in un modo molto positivo la dottrina che l'azione biologica delle radiazioni e conseguentemente la radioterapia non deve imperniarsi esclusivamente sulla quantità, ma anche sulla qualità delle radiazioni in merito alla loro azione biologica specifica che varia notevolmente in strettissimo rapporto colla qualità.

In conclusione i lavori sperimentali esposti ed illustrati dall'oratore con numerose proiezioni dimostrano la solidità della dottrina dell'attività biologica specifica da lui propugnata e dalla quale l'oratore ha derivato una nuova tecnica per la radioterapia degli epiteliomi ulcerati della pelle che ha dato resultati estremamente favorevoli anche se i tumori sono come è quasi sempre la regola a tipo spino-cellulare.

L'oratore usa un'ampolla molto dura (S. E.=34-40 cm., intensità I=1-2 MA, distanza anticatode cute cm. 23: irradiazione sul tumore di 20' senza filtro; irradiazione di 20' con filtro di un mm. di alluminio; irradiazione di 30' con filtro di 5 mm.; e irradiazione per una o due ore (di cui una metà di tempo a campo libero) con filtro di zinco di 1/2 mm.

Se si adopera l'ampolla Coolidge al filtro di zinco si aggiunge un filtro di 4 mm. di alluminio.

Questo metodo viene chiamato dall'A. metodo della filtrazione variabile ed ha lo scopo di sottoporre il tumore nella stessa seduta e senza interruzioni all'azione di tutti i raggi di varia qualità in modo che le azioni esercitate dalla radioterapia sul tumore siano multiple, di indole diversa ma tutte convergenti al raggiungimento della guarigione. Tra queste varie azioni specifiche di somma importanza è la formazione di tessuto scleroso, la quale compensa l'azione necrotizzante: questa azione è stata dimostrata chiaramente nelle esperienze sullo stomaco del coniglio.

Con questo metodo viene somministrata in una sola seduta e sulla stessa regione una rilevante quantità di raggi (dose pari a 4-7 volte la dose dell'eritema).

Nonostante non si è mai osservato traccia di necrosi nemmeno sulla pelle apparentemente sana che circonda il tumore per una estensione da 5 a 6 cm. e che è stata sottoposta a tutte le qualità dei raggi, mentre alla distanza di 12-15 cm. nelle regioni della pelle sottoposta alla sola azione dei raggi duri ultra filtrati, se si dà soltanto la doppia dose dell'eritema (il che è stato fatto rare volte a titolo di esperimento) si osservano talvol-

ta escoriazioni poco profonde senza traccia di reazione flogistica in modo perfettamente simile a quello che si osserva nello stomaco del coniglio con raggi duri e filtrati.

La guarigione di queste escoriazioni si verifica rapidamente e costantemente. Però per misura di prudenza dopo constatato il fenomeno che è di sommo interesse, ho ridotto l'irradiazione a campo libero e con raggi extra filtrati a una sola dose dell'eritema.

L'O. insiste nel sostenere che il suo metodo non solo conferma clinicamente la giustezza e la solidità della teoria da lui propugnata, ma è fecondo di risultati pratici veramente sorprendenti e superiori a quelli ottenuti con qualsiasi altro metodo. Anche questa parte clinica viene illustrata dall'O. con numerosissime proiezioni di diapositive di malati ottenute prima e dopo la cura, nei quali anche se affetti da forme gravi, la guarigione si manifestava rapidissima, mantenendosi per ora fino ad uno o due anni; un'osservazione prolungata ci indicherà se la guarigione è veramente persistente.

L'O. procura poi di sintetizzare tutti i risultati sperimentali e clinici ottenuti; istituisce confronti tra i due ordini di studi mostrando la loro perfetta armonia anche in dettagli molto fini e afferma che solo ammettendo la dottrina dell'attività biologica specifica sorta e propugnata nella sua scuola può spiegarsi perchè una zona relativamente ristretta, tutt'al più di 10 cm. di tumore ulcerato possa sopportare 5-6-7 volte la dose dell'eritema, unitamente alla pelle sana che circonda il tumore per un'estensione di 5-6 cm. senza che si noti la manifestazione della più piccola traccia di necrosi.

Questo fenomeno di grande interesse è dovuto all'azione sclerogena di alcuni gruppi di radiazioni ed armonizza perfettamente con alcune delle esperienze sullo stomaco del coniglio già ricordate ed illustrate, e nelle quali l'azione sclerogena precoce ed intensissima imprime ai preparati istologici caratteri di una cicatrice speciale costituita da elementi fusiformi i quali sostituiscono perfettamente gli epiteli tubulari; l'azione sclerogena domina adunque completamente l'azione necrotica.

Concludendo l'oratore sostiene che crede di aver dimostrato nel modo il più luminoso la solidità della dottrina per la quale si aprono alla radioterapia orizzonti assolutamente nuovi; è possibile per mezzo del radium applicando lo stesso metodo con opportuni accorgimenti tecnici realizzare anche nei tumori profondi quelle condizioni di esperimento simili a quelle realizzate coi raggi X. Credo che sia prezzo dell'opera orientare verso questo nuovo indirizzo anche la radiumterapia nella lusinga che anche nella terapia dei tumori profondi a tecnica fisicamente e biologicamente simile corrispondano gli effetti sorprendentemente rapidi e positivi osservati nella terapia dei tumori della pelle. La conferenza durò un'ora e mezzo e fu illustrata da oltre cento diapositive.

Prof. F. GHILARDUCCI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 23 novembre 1923.

Considerazioni su alcuni casi di diabete mellito curati con insulina. (Nota preventiva).

L. VILLA. — Tali considerazioni riassuntive riguardano sei casi di diabete mellito. L'O. rileva l'opportunità di modificare le modalità pratiche della terapia insulinica, adottando somministrazioni subentranti per ridurre al minimo la durata del tempo di esaurimento dell'attività del farmaco. Convengono sotto ogni riguardo ed anche in casi non complicati da coma le somministrazioni endovenose. Tutto ciò va fatto in istituti con larghe possibilità di controlli e garanzie. Rilevato poi il comportamento del ricambio degli idrati di carbonio, quale risulta dall'esame frazionato dello zucchero ematico e urinario nelle 24 ore, e la prontezza d'azione sui corpi chetonici, la quale però non pare modifichi l'attitudine latente a riformarli non appena la dieta sia chetonogena o si interrompa il trattamento insulinico, l'O. dà particolare rilievo alle modificazioni del ricambio proteinico, il cui bilancio azotato dal deficit si porta all'equilibrio ed anche alla ritenzione per effetto della cura insulinica. L'O. giudica questo fatto di importanza pari agli effetti sul ricambio degli idrati, lo pone in relazione con la cura dell'accrescimento del peso corporeo, colla ritenzione d'acqua e coi reciproci rapporti tra aminoacidi e glicogeno. Infine accenna alle modificazioni del ricambio basale sulle quali pure influisce il trattamento insulinico, potendosi anche da questo dato dedurre una condizione di migliorato metabolismo organico totale e non soltanto degli idrati di carbonio.

Sulla natura chimica dell'Insulina.
(Comunicazione preventiva).

D. GANASSINI e L. GERBINO — Gli OO. hanno preparato nell'Istituto Biochimico Italiano di Milano delle insuline molto pure seguendo i metodi proposti fin qui dai varî Autori. Per giudicare della purezza dei loro prodotti, essendo sconosciuti i caratteri fisico-chimici dell'insulina chimicamente pura, essi hanno dovuto lasciarsi guidare dall'unico criterio possibile del grado dell'attività fisiologica specifica che sta in rapporto stretto colla purezza.

Essi descrivono anche un nuovo metodo di preparazione dell'insulina, col quale avrebbero ottenuto un prodotto attivissimo e quasi puro.

Di queste insuline gli OO. ne studiano particolarmente il comportamento chimico e mettono in evidenza che esse contengono nella loro molecola, oltre all'azoto, del fosforo in combinazione organica molto complessa. Rilevano come questo elemento sia stato da loro per la prima volta trovato nell'insulina, mettono in dubbio che questa sia di natura proteica, perchè non tutte le insuline, come quelle estratte dai muscoli e dal pancreas di pesci marini, forniscono le reazioni cromatiche proprie di queste sostanze. Escludono

quindi che l'insulina od almeno certe insuline siano delle vere albumose, quantunque ne presentino i caratteri chimici di precipitazione. Forse traccie di proteine accompagnano come impurezza quasi costante l'insulina e da queste riesce molto difficile liberarla del tutto.

Ora gli OO. tenendo conto delle reazioni chimiche di precipitazione e cromatiche ottenute coll'insulina ritengono che essa sia un composto fosforato probabilmente appartenente al gruppo delle sostanze nucleiniche semplici o del nucleone.

Essi hanno perciò intrapreso una serie di esperienze colle quali sperano di poter arrivare a stabilire la vera natura chimica dell'insulina. Di queste esperienze riferiranno tra breve.

Le mie ricerche sulla funzione delle Isole del Langerhans del Pancreas in rapporto con la patogenesi del diabete mellito.

VISENTINI ARRIGO. — L'O. ricorda il lavoro scientifico compiuto anche e specialmente in Italia sulla fisiopatologia del pancreas, lavoro preparatorio che ha costituito la base scientifica della scoperta dell'insulina e del quale questa è conseguenza diretta, e rivendica a sè la scoperta della funzione interna delle Isole del Langerhans di regolare il ricambio degli idrati di carbonio. Fin dal 1906-1907 il Visentini ha ottenuto nel cane e nel colombo l'atrofia del pancreas con scomparsa completa del tessuto acinoso e conservazione del solo tessuto endocrino, e cioè pancreas costituiti di sole isole del Langerhans; ed ha poi dimostrato che, mentre la soppressione del tessuto acinoso pancreatico non determina, negli animali da esperimento, il diabete, questo consegue immediatamente alla ablazione del pancreas atrofico, ridotto a sole isole del Langerhans.

L'O. ha così dimostrato per primo fin dal 1913 quale sia la peculiare funzione interna delle isole del Langerhans, di cui l'insulina rappresenterebbe l'estratto attivo.

La memoria riassuntiva del Visentini ha ottenuto il «Warren Triennal Prize» di Boston (America) per il 1913.

Osservazioni sulla terapia della neurosifilide col Bismuto.

RIQUIER G. C. — Con iniezioni endomuscolari di *Trépol* e di *Néo-Trépol* l'O. ha ottenuto nella sifilide nervosa recente risultati molto soddisfacenti i quali se non permettono di formulare conclusioni sul valore del medicamento fino a tanto che sulla base di molti casi curati e seguiti a lungo non siano dimostrate la stabilità delle guarigioni e dei miglioramenti clinici e la durevolezza delle modificazioni umorali, concedono però di affermare che la terapia col Bismuto si raccomanda seriamente all'attenzione dei neurologi.

Nella cura della sifilide nervosa quartenaria invece gli effetti del Bismuto non sono purtroppo diversi da quelli fin qui raggiunti con gli antiluetici più reputati; ma poichè in confronto all'As. ed al Hg. il Bismuto presenta il vantaggio di essere di facile impiego e molto tollerabile, esso potrà trovare, anche in queste forme, una particolare indicazione specie quando il trattamento con gli arsenicali o col Mercurio non possa essere interpreso o debba venire interrotto. Senza dire poi che la predetta buona tollerabilità (la quale, a suo parere, non può non essere in rapporto anche con l'uso di piccole dosi iniziali), incoraggiando a tentativi di prolungamento e forse anche di intensificazione della cura bismutica, non esclude si possa ottenere, con tempestivi interventi, qualche vantaggio anche nella tabe e nella paralisi progressiva. Dott. FRANCESCO RICCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Un nuovo sintoma precoce del vaiuolo.

Consiste nella comparsa alla fine del periodo di incubazione, quando non è ancor rilevabile alcun sintoma certo, di macchie di un colorito biancastro, bene evidenti, simili alla pellicola prodotta sulla congiuntiva dal tocco di un lapis di nitrato d'argento. L'estensione delle macchie varia da una punta di spillo ad una lenticchia; hanno margini netti e regolarmente tondeggianti; sono sparse con una certa regolarità sulla mucosa della faccia orale delle labbra, della lingua, delle tonsille e degli archi palatini. Tali macchie, appena rilevabili al tatto, durano 12-48 ore e scompaiono senza lasciar traccia. Con la loro scomparsa, si inizia di solito lo stadio dei prodromi, con brivido intenso, cefalea, rachialgia, rapidissima ascesa della temperatura. Nello stadio eruttivo poi col comparire delle pustole sulla superficie del corpo, compaiono anche le pustole tipiche sulla mucosa orale ed alla retrobocca.

L. Remotti (rif. in *Morgagni*, II, pag. 552) fa notare che, in tutti i casi in cui si trovò tale sintoma, si manifestò poi in modo tipico l'infezione vaiuolosa. *fl.*

CASISTICA E TERAPIA.

I falsi cardiaci.

Accade talvolta che i falsi cardiaci, per lo più tarati da disturbi neuro-ghiandolari, arrivino per gradi ad una lesione cardiaca evidente. La maggior parte però rimangono cardiaci solo ad intervalli; Ch. Fiessinger (*Journ. des praticiens*, 27 ottobre 1923) li classifica come segue:

1) *Falsi cardiaci psichici.* — Sono degli infelici sempre in agguato di un battito cardiaco più debole, di un'accelerazione del polso, che si allarmano del più piccolo segno per

correre dal medico, esserne rassicurati per il momento e ricominciare l'indomani. Il sintoma abituale è l'aritmia extrasistolica e lo stomaco ne è talora la causa. Ma gli ipocondriaci non hanno bisogno di digerire male, il loro cuore ne fa delle sue soltanto per l'ansia con cui essi ne spiano i battiti, poichè l'attenzione fissata sopra un atto organico ne turba il funzionamento. Ma quando poi giungono dal medico, li attende una disillusione; il loro cuore che prima andava male, troppo in fretta, non ha più debolezze, nè aritmie. Essi pertanto non mentiscono e realmente il loro cuore era prima piuttosto irregolare; mancano però i disturbi soggettivi, la dispnea da sforzo, la ipertensione. Questi individui si guariscono facendoli correre; essi però raramente obbediscono, quasi che il loro disturbo fosse una specie di voluttà.

2) *Falsi cardiaci nervosi e dispeptici.* — Accusano sempre gli stessi disturbi dei precedenti; aritmia, tachicardia, palpitazioni, sincope, e, raramente polso lento; sono frequenti i dolori anginosi. Il fattore eziologico più importante è il tabacco, che può dare tutta la gamma dei disturbi funzionali cardiaci, dalle semplici aritmie e palpitazioni alla angina pectoris tabagica, con crisi che possono prolungarsi per diversi giorni. Si ricorrerà alla morfina, alla trinitrina, al ghiaccio sulla regione cardiaca. Buoni risultati si ottengono con la seguente miscela: Eroina cg. 5; Soluzione di trinitrina gocce XXX; Acqua distillata g. 10; XV gocce in un cucchiaio d'acqua, ripetendo eventualmente dopo un'ora. Un'altra causa, oltre al tè ed al caffè, consiste nella dispepsia, per lo più del tipo neuromotore. Nulla di organico si trova dal punto di vista cardiaco; il polso è di solito frequente, inframezzato da aritmie percepite dall'individuo come un malessere angoscioso; si ha poi un falso polso lento (bigeminismo, di cui una contrazione non arriva alla radiale), delle vertigini, sincopi, crisi anginose, tutti fenomeni che possono sparire con i movimenti. Il trattamento gastrico porta rapidamente la guarigione; esso consiste specialmente nel bismuto e nella belladonna, a cui si aggiunge, in caso di costipazione, la magnesia in un bicchiere di acqua calda. Si daranno tutte le mattine, le polveri seguenti: Sottonitrato di bismuto della farmacopea francese 1884 g. 8 (*sic*); Magnesia calcinata g. 1/2-2; Belladonna polv. mg. 5-20; per una polv. Dopo 20 giorni di tale trattamento, continuare con le polveri di magnesia (cg. 50) e bismuto (cg. 50), da prendere mattina e sera. Regime latto-vegetariano, poco pane, niente vino.

Può accadere che un cardiaco sia dispeptico e si può quindi confondere uno stato con l'altro. Quando non vi siano segni di insufficienza cardiaca (edemi, rantoli alle basi, albuminuria, ecc.) si incominci a trattare lo stomaco e si riveda il malato dopo 15 giorni.

Alcuni malati presentano crisi tachicardiche, che durano a lungo e possono cessare di un tratto. Sono frequenti i disturbi vaso-motori, l'angoscia dispnoica, i dolori precordiali, le sincopi. Lo stato nervoso del malato è tale che non è dubbia la diagnosi di eccitazione del simpatico cardiaco in un nervoso emotivo. Si farà l'idroterapia fredda e si daranno preparati di valeriana e di *crataegus* (la tintura a parti uguali con il liquore di Hoffmann). Si prescriverà un vitto leggero ed una vita calma.

Nei neurastenici, si farà il trattamento adatto, e così nei falsi cardiaci anemici (ferruginosi, valeriana, *crataegus*). Oltre poi ai falsi cardiaci da auto-intossicazione (tachicardia basedowiana e parossistica) vi sono i falsi cardiaci fisiologici, quelli cioè che devono i loro disturbi a stati fisiologici, quali la crescenza, la gravidanza e la menopausa. Per la prima si tratterà il sistema nervoso ed i disturbi digestivi; per la seconda, la valeriana ed il *crataegus*, combinati con il riposo. Nelle due ultime forme, occorre stare attenti per non trascurare i possibili disturbi da lesioni organiche.

fil.

Disturbi cardio-vascolari d'origine gastro-intestinale.

I disturbi della funzione cardio-vascolare si osservano con molta frequenza nei gastro-enteropazienti. In questi soggetti si presentano abbastanza comunemente: palpitazione, tachicardia, bradicardia, aritmie varie, ineguaglianza della forza delle sistoli, pseudo-angine, pulsazioni carotidee, pulsazioni aortiche-epigastriche, congestione facciale dopo i pasti, ed anche soffi valvolari.

Pron (*Journal des praticiens*, 1923, n. 28) in 120 gastro- o enteropazienti ne ha trovato 36, ossia il 30 %, che presentavano disturbi cardiaci. L'anomalie più frequenti sono: soffio leggero della punta, prolungamento del primo tono e sdoppiamento del secondo.

Il criterio diagnostico in tali casi è unicamente quello terapeutico. Senza che si adoperi alcun medicamento cardiaco, ma unicamente con la cura dell'affezione gastro-intestinale si ha miglioramento e scomparsa dei fatti acustici anormali.

L'esempio più tipico è quello della stasi intestinale: i veleni alimentari provocano un'intos-

sicazione dell'apparato venoso cardiaco; d'altra parte nella stessa condizione si ha un aumento della densità del sangue, fatto che a sua volta aumenta il lavoro del cuore. L'atonia del miocardio conseguente a detti fatti determina tensione e chiusura insufficiente delle valvole. Ciò provoca un soffio localizzato simile a quello dell'endocardite benigna; la paresi e la flaccidezza del muscolo cardiaco spiega il soffio dolce ma persistente, che si ascolta di tanto in tanto; lo sforzo del cuore per vincere la resistenza capillare dà il rinforzo del primo tono; la congestione epatica, tanto frequente nell'intossicazione intestinale dà ipertensione arteriosa che dà il secondo rumore alla base. Quando i fatti persistono si possono avere fatti organici, dilatazione ed ipertrofia.

L'autointossicazione provoca anche modificazioni del calibro delle vene e disturbi circolatori locali (varici sottomammillari e sottoascellari, ectasie venose alle coscie, all'addome, alle mani, edemi, iperidrosi).

L'eretismo vasale da autointossicazione si manifesta con ipertensione ed anche con ipotensione, il rapido arrossamento della faccia durante e dopo i pasti talora anche con cefalea e sonnolenza.

Il pallore persistente della cute e delle mucose è dovuto ad una vasocostrizione, ad uno spasmo continuo dei capillari da intossicazione dei centri nervosi per via diretta o indiretta a mezzo di una perturbazione delle glandule endocrine.

Insieme al rossore periodico ed al pallore persistente fra le manifestazioni circolatorie dell'autointossicazione vanno ricordate le placche marmorizzate che si notano sopra tutto alle gambe ed agli avambracci. *d.*

Insufficienza ventricolare sinistra e crisi epatiche.

L'associazione dell'insufficienza ventricolare sinistra e di crisi epatiche è frequente ed espone ad errori di diagnosi, dovuti specialmente al fatto che si interpetrano i fenomeni cardiaci come fatti riflessi dipendenti dalla cistifellea, mentre essi sono non raramente causati da una lesione cardiaca. I segni così detti differenziali mancano di precisione. La insufficienza ventricolare sinistra si accompagna di solito ad ipertensione ed a sintomi di nefrite cronica; se quest'ultima è manifesta, cade ogni dubbio. Talora invece manca l'ipertensione arteriosa; bisogna allora portare grande attenzione alla dispnea da sforzo, ai dolori retrosternali, spesso notturni, alla tachicardia abituale con aritmie. I fenomeni riflessi non si prolungano con uguale tenacità e scompaiono per diversi mesi. Si deve dunque stare all'erta, specialmente per il timore di un edema acuto del polmone. Talvolta poi i malati hanno soltanto dell'ipertensione con rumore di galoppo, ciò che rappresenta i primi accidenti della insufficienza sinistra; quella destra si traduce con il quadro più o meno completo dell'asistolia.

Per quanto riguarda la cura, Ch. Fiessinger (*Journal des praticiens*, 7 nov. 1923) raccomanda di trattare il fegato di pari passo al cuore. Anzitutto il trattamento classico della colica epatica: riposo in letto, ghiaccio localmente, brodi di legumi e, se è necessario, iniezione di 4-5 mg. di morfina, da ripetersi eventualmente dopo un'ora. Nei giorni seguenti, leggeri lassativi (olio di vaselina, capsule di acido oleico). Se il malato si lamenta di dolori retrosternali, si farà un esame approfondito e si ordinerà il nitrito d'amile o la trinitrina. I nitriti non calmano i dolori anginosi se il miocardio non è preso.

Essi poi non bastano da soli, ma si deve evitare il ritorno delle crisi, tonificando il ventricolo: a tale scopo si consiglierà di evitare sforzi, fatiche, fare piccoli pasti e si darà sistematicamente la digitalina, alternata con uabaina e strofanto. Per 4 giorni al mattino 5-6 gocce di digitalina a 1/1000; nei 4 seguenti strofanto (1 mg. di estratto) oppure uabaina (1/10-2/10 di mg.); se vi è ipertensione dare la teobromina (50 cg.) con estratto di strofanto (1 mg.) prima dei pasti al mattino ed alla sera. Continuare in tal modo senza sospendere, altrimenti sono da temere dolorosi incidenti cardiaci. *fil.*

L'insufficienza aortica misconosciuta.

Fiessinger osserva che i segni della insufficienza aortica sono talvolta tanto tenui da poter sfuggire, e che vi sono sintomi atipici, che deviano il giudizio del medico. La causa più frequente di errori di diagnosi al riguardo è la debolezza del soffio diastolico, la sua localizzazione non al secondo o terzo spazio intercostale destro, ma alla punta, o al livello dell'appendice xifoide. Vi sono poi casi nei quali manca la pulsazione al collo, la tensione minima non è abbassata, l'impulso energico della punta è assente, l'ipertrofia del ventricolo sinistro non è accentuata.

In tali casi la diagnosi può essere errata specie quando il malato non accusa disturbi cardiaci e si lamenta di sofferenza a carico di altri organi.

Al riguardo conviene notare che gli individui affetti da insufficienza aortica, come tutti i pazienti di vizii valvolari, accusano disturbi dispeptici.

Su questi è richiamata l'attenzione del medico che per unilateralità di osservazione o per tenuità o mancanza dei caratteristici sintomi aortici trascura la lesione valvolare dell'aorta, la quale rimane così ancora misconosciuta fino a quando altri accidenti più gravi non la mettono, forse troppo tardi, in evidenza.

Anche il dolore anginoide che frequentemente accompagna la insufficienza aortica può assumere un carattere anormale. Invece di irradiarsi al braccio sinistro può rimanere fisso alla spalla a livello della regione deltoidea, ed essere scambiato con un'algia reumatica.

d.

Sul trattamento chirurgico degli emboli delle estremità.

In un cardiaco o aneurismatico nel quale improvvisamente insorge un dolore vivo in un arto, con impotenza funzionale, anemia, arresto del polso, raffreddamento, si deve pensare ad un embolo. È facile la diagnosi differenziale con un trombo arterioso (sintomatologia lenta) o venoso (cianosi, edema). Non sempre con l'ispezione e la palpazione si può determinare la sede dell'embolo: sede probabile si deve ritenere quella dove il vaso si biforca o dà una collaterale importante: è anche buon criterio il livello in cui cessa la reazione vasomotoria cutanea.

Con un esame accurato degli arti si eviterà di confondere un embolo dell'aorta con una mielite acuta o un'ematomielia.

È indicata l'arteriotomia e la rimozione dell'embolo negli embolismi recenti, asettici, in arteria sana. La biforcazione dell'aorta, la ascellare, e le arterie più periferiche sono considerate accessibili all'intervento. Avvenuta la trombosi secondaria, l'operazione è molto più difficile. Successi completi si sono avuti solo nelle prime 24 ore.

Generalmente basta l'anestesia locale: la tecnica da seguire è quella di Carrel. Strumenti, medicatura, guanti, tessuti circostanti vanno spesso bagnati con citrato sodico. L'arteria si apre a valle o a monte, non sul coagulo.

È preferibile l'anestesia locale.

Su 36 casi, in 16 si ebbero ottimi risultati: due casi erano di embolo dell'aorta. Meno favorevoli sono i casi emboli multipli, che tuttavia occorre ricercare.

(J. HARTLEY. *Edimbourg med. Journal*, settembre 1923).

DORIA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'importanza del sistema nervoso autonomo per la clinica delle affezioni settiche.

(E. MÜLLER. *Münch. Medizin. Wochenschrift*, n. 37, 1923).

Importantissima nella lotta dell'organismo contro le affezioni settiche è l'iperproduzione di leucociti e la migrazione di essi verso i focolai morbosi; questi fenomeni rientrano tra le funzioni dipendenti dal sistema nervoso autonomo. L'iniezione di varie sostanze vegetali od animali oppure di germi vivi, determina nei tessuti iniettati un'eccitazione della relativa sezione parasimpatica del sistema nervoso autonomo: vasodilatazione. Ricerche cliniche, anatomiche e microscopiche dimostrano concordamente che questa vasodilatazione attiva persiste soltanto fino a che esistono ancora nei tessuti dei residui non assorbiti della sostanza iniettata. Gl'impulsi provocati dalle iniezioni nella sezione parasimpatica corrispondente ai tessuti iniettati si estendono a gran parte della sezione stessa: si determina una vasodilatazione nel territorio dello splancnico (che è però transitoria), ed una vasodilatazione nel midollo delle ossa immediatamente seguita dalla vascolarizzazione e dalla comparsa di elementi mieloici nel midollo giallo. La neoformazione intensa di elementi mieloidi che segue a tali alterazioni può aver luogo in tutte le sezioni midollari suscettibili di trasformazione. Si determina in tal modo un aumento quantitativo di cellule mieloidi mature, ciò che clinicamente dà luogo alla leucocitosi. La sezione parasimpatica del sistema nervoso autonomo ha dunque una grande importanza nell'iperproduzione di cellule bianche tanto necessarie nella lotta contro l'infezione. La sezione parasimpatica del sistema autonomo regola inoltre anche la migrazione di queste cellule neoformate: la vasodilatazione riflessa nel territorio dell'infezione ha per conseguenza un affluire nei vasi dilatati di leucociti mieloidi maturi probabilmente in seguito ad uno stimolo che parte dalle pareti vasali alterate, mentre non affluiscono nè le cellule linfatiche, nè gli eosinofili, nè i monociti. L'accumulo locale di leucociti nelle regioni infiammate non dipenderebbe dunque da fenomeni di chemotassi, ma sarebbe una funzione attiva dell'organismo esplicantesi per le vie del sistema nervoso autonomo. Non è ancora spiegato il determinismo della migrazione dei leucociti attraverso le pareti vasali e della penetrazione di essi nel tessuto leso.

POLLITZER.

VARIA

Quanti animali vi sono al mondo?

Noi non sappiamo, perchè il numero di tutti gli animali esistenti sulla madre terra, neanche la più perfetta macchina calcolatrice riuscirebbe a darlo fuori. Ma se ci accontenteremo di conoscere quante specie di bestie ci sono e abbiamo fiducia nelle statistiche, leggiamo lo studio pubblicato nella rivista tedesca *Die Natur*, dal quale risulta che le specie d'animali salgono a 400,000; mentre i vegetali non sarebbero che molto meno, 150,000. Gli insetti forniscono da soli 280,000 specie di cui 120,000 nei colleotteri, 50,000 nei lepidotteri, 28,000 negli imenotteri. Gli uccelli son di circa 13,000 specie e costituiscono la trentesima parte del numero totale degli animali. I pesci sarebbero 12,000; i rettili 3,800 di cui 1640 serpenti, dei quali 300 velenosi; gli anfibi sono 1300, gli aracnidi 2000, i molluschi 50,000, i vermi 800, gli echinodermi 3000. Il Museo Nazionale di Berlino possiede una raccolta di 200,000 specie, rappresentate da circa due milioni di individui. Se qualche contabile vuol controllare le cifre, faccia pure.

(*Il Circeo*).

Per la nomenclatura specifica.

Gino Pollacci, in *Riv. di Biol.*, mette in evidenza un inconveniente che risulta dall'applicazione integrale delle norme di nomenclatura delle specie quali furono proposte nei Congressi sull'argomento.

In queste norme è detto che i nomi di uomini o di località usati come nomi specifici possono essere tanto i sostantivi stessi usati al genitivo latino quanto aggettivati.

Questa norma porta confusioni facili ad intuirsi.

Pollacci propone che si adotti come norma, in tali casi, quella di applicare senz'altro al nome di genere il distintivo di specie senza declinazione alcuna.

Secondo le norme attualmente in vigore si dovrebbe dire *Saccaromyces Pasteurii*, o *Saccaromyces Pasteurianus; Iris Gueldeistaedtiana; Septoria Saccardi;* mentre colla proposta di Pollacci si dovrebbe scrivere: *Saccaromyces Pasteur; Iris Gueldenstaedt; Septoria Saccardo.*

La proposta di Pollacci ha il grande merito della semplicità e meriterebbe di essere accolta.

(*Pathologica*, 1° ott. 1923).

Perchè si affoga più facilmente nell'acqua salata.

Laquer, dell'Istituto Farmacologico di Amsterdam, ha osservato che è molto più difficile salvare un affogato in acqua di mare che non in acqua dolce.

Le statistiche portano differenze considerevolissime.

Egli inietta in trachea ai conigli acqua di mare con un punto di congelazione — 1.9 e acqua di condotture ed osserva chè la iniezione in trachea di acqua di mare è seguita da una soffocazione rapidissima perchè l'acqua stessa non si riassorbe affatto, anzi si accumula nei polmoni una quantità notevole di acqua di provenienza del corpo.

L'acqua potabile invece, e l'acqua stillata anche di più, sono tollerate ad una dose assai maggiore in quanto il riassorbimento avviene rapidissimo e dopo un quarto d'ora il 90 per cento dell'acqua introdotta pare sia riassorbita.

Molto singolari le esperienze dell'autore dalle quali risulta che soluzioni di NaCl alquanto più concentrate con punto di congelazione — 2.36 sono tollerate dal coniglio alquanto meglio dell'acqua di mare.

Le esperienze hanno, come i lettori intuiscono, una notevole importanza dottrinale per mettere in evidenza la funzione isotonizzante della membrana polmonare.

(*Pathologica*, 1° ott. 1923).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ALBERTINI ALFREDO. *L'importanza e l'utilità sociale dell'educazione e dell'assistenza medico-pedagogica dei fanciulli anormali psichici.* — Genova, A. Pagano, 1922.

ARCOLEO EUGENIO. *Su di un calcolo uretrale pelvico - Ureterolitotomia - Guarigione.* — Palermo, Francesco Sanzo, 1922.

ARRILLAGA F. *Estenosis mitral y aritmia completa.* — Buenos Aires, A. Guidi-Buffarini, 1922.

ID. *Pulsaciones de la región precondial en los pericarditis con derrame.* — Buenos Aires, A. Guidi-Buffarini, 1922.

ID. *La quinidina en la fibrilación auricolar.* — Buenos Aires, A. Guidi-Buffarini, 1922.

BALDONI ALFREDO. *Rendiconto del Laboratorio Medico-Micrografico della città di Brescia e consorziale della Provincia, dal 1912 al 1921.* — Brescia, Unione Tipo-Litografica Bresciana, 1922.

BRAVETTA E., GATTI CASAZZA A. *La puntura cerebrale nella diagnosi delle demenze.* — Pavia, Tipogr. Coop., 1922.

BRUSA PIERO. *Osservazioni ematologiche e cliniche in occasione di una piccola epidemia di rosolia.* — Firenze, Luigi Niccolai, 1922.

CAMPEGGIANI MASSIMO. *Adeno-carcinoma del palato* — Roma, Tip. «Le Massime», 1921.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Le nuove norme per le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

Il R. D. 30 dicembre 1923, n. 2841, che modifica la legge 17 luglio 1890, n. 6972, è stato pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 8 gennaio, n. 6.

Ne esponiamo, sistematicamente, le disposizioni più importanti specialmente per l'ordinamento dell'assistenza sanitaria.

Ordinamento istituzionale e funzionamento amministrativo.

Alla espressione «istituzioni pubbliche di beneficenza» usata nella legge 17 luglio 1890, è sostituita quella più ampia «istituzioni pubbliche di *assistenza* e beneficenza» per affermare che la legge riguarda non soltanto le istituzioni puramente caritative ma anche quelle che mirano a scopi generali di conservazione, di benessere e di miglioramento economico e morale della Società — senza confondersi con gli istituti di previdenza — e si propongono la protezione delle nuove generazioni, mediante l'assistenza della maternità e dell'infanzia, e la prevenzione degli effetti socialmente dannosi dell'inabilità, delle malattie, della vecchiaia e della disoccupazione, integrando all'uopo, con idonee prestazioni di vario genere, le risorse individuali.

La relazione ministeriale al Re spiega così il significato della nuova definizione delle istituzioni soggette alla legge di assistenza e beneficenza pubblica e soggiunge: «Non si è creduto, però, «di dovere sostituire un nuovo criterio a quello «di *povertà* adottato dalla legge per determinare «gli individui compresi nel campo di attività de- «gli istituti ad essa soggetti; invero, secondo il «significato della parola e secondo il concetto ac- «colto, *povero* non è già chi manchi assolutamen- «te di tutto, ma chi non abbia in misura suffi- «ciente quanto gli occorra per sussistere conve- «nientemente, secondo la sua condizione indivi- «duale e sociale, e debba procacciarsi il neces- «sario con industria e fatica, pur non avendo «tuttavia bisogno di ricorrere all'altrui compas- «sione. Dal povero perciò nettamente si distin- «guono l'indigente e il necessitoso, che sono in- «teramente privi del necessario e si trovano nella «impossibilità di procurarselo».

La legge dichiara obbligatorio il *concentramento* nella Congregazione di Carità di tutte quelle istituzioni che non abbiano una rendita *netta* superiore a L. 20,000 annue o che siano a beneficio degli abitanti di uno o più Comuni che, riuniti, insieme, abbiano meno di diecimila abitanti e di quelle delle quali sia venuta a mancare o per le quali non si possano costituire l'amministrazione e la rappresentanza.

Quando non avvenga il *concentramento*, le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza debbono essere *riunite per gruppi* dipendenti da una o più amministrazioni, secondo l'affinità degli scopi rispettivi.

Più istituzioni, aventi scopi affini, possono riunirsi in *consorzio*, per erogare in Comune la rispettiva beneficenza, anche mediante la fondazione di istituti di ricovero ovvero per avere personale stipendiato e locale in comune.

Possono partecipare al Consorzio i Comuni, le Provinvie e gli altri enti morali.

Resta integra la personalità giuridica dei singoli enti consorziati, i quali conservano separati i patrimoni e distinte le amministrazioni.

I Consorzi possono essere costituiti anche d'ufficio, obbligatoriamente.

Più istituzioni pubbliche e private di assistenza e beneficenza possono riunirsi in federazione, per il coordinamento e la integrazione delle diverse forme della loro attività o per provvedere in Comune ad acquisti o servizi, non esclusa la gestione del patrimonio.

Anche la federazione può essere costituita di ufficio.

Il Sottoprefetto deve curare il coordinamento delle varie forme di assistenza e beneficenza e dei vari modi di erogazione nei singoli Comuni e nell'intero circondario.

A questo scopo, il Sottoprefetto: vigila sulla gestione affinchè l'erogazione della beneficenza si svolga regolarmente secondo le norme stabilite; promuove e occorrendo costituisce federazioni fra le istituzioni del circondario; riceve le istanze di ricovero e di sussidio e le indirizza a quelle istituzioni pubbliche o private che ritenga più adatte a provvedere; decide sui ricorsi che vengono presentati contro la concessione o il diniego dei posti di ricovero, di assegni e di erogazioni.

Le istituzioni, in genere, sono divise in due classi: appartengono alla prima quelle che provvedono ai poveri esistenti nel territorio di tutto il Regno e quelle che hanno un'entrata patrimoniale effettiva superiore alle L. 50,000; a queste è attribuita una più larga autonomia amministrativa.

I membri della Congregazione sono nominati, per la maggioranza, dal Sottoprefetto.

Sono soggette all'approvazione della Giunta Provinciale Amministrativa, fra altri provvedimenti: le deliberazioni che stabiliscono o modificano le piante organiche degli impiegati e salariati.

È data facoltà al Governo del Re di emanare apposite norme regolamentari per disciplinare lo stato giuridico ed economico degli impiegati e salariati delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza tenendo presenti in quanto possano trovare applicazione le norme in vigore per gli impiegati, gli agenti e i salariati delle Provincie e dei Comuni.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

Rimane fermo l'obbligo degli enti di stabilire la pianta organica del personale e di fissarne con regolamento i diritti e le attribuzioni, qualora essi non si valgano, a norma del secondo comma dell'art. 31 della legge del 1890, dell'opera degli impiegati del Comune o di altri enti.

Però, per la *nomina dei primari specialisti degli ospedali, qualunque sia l'importanza dell'istituto, e per quella degli altri medici primari ospedalieri, qualora si tratti di ospedale che abbia almeno 500 letti, è obbligatorio il pubblico concorso.*

Disposizione importante, parzialmente innovativa: «quando gli amministratori e *gli impiegati di una istituzione* pubblica di assistenza e beneficenza, con dolo o *colpa grave*, ancorchè non vi siano gli estremi di reato, abbiano recato un danno economico colla istituzione, la G. P. A.... procede in via amministrativa all'accertamento del danno, indicando quali persone ne appariscano responsabili e per quale ammontare.

Le deliberazioni della G. P. A. non pregiudicano le ragioni della istituzione nè quelle degli amministratori o degli impiegati ma servono per ottenere dall'autorità giudiziaria provvedimenti conservativi e valgono anche, con l'omologazione del Tribunale in Camera di Consiglio, come titolo per prendere iscrizione ipotecaria di garanzia sui beni delle persone indicate come responsabili».

«Senza pregiudizio delle responsabilità sancite da altre leggi, gli amministratori e gli impiegati delle istituzioni di assistenza e beneficenza sono responsabili dei danni recati, con dolo o colpa grave, all'ente o ai terzi, verso i quali l'ente stesso debba rispondere». «Se il fatto dannoso sia avvenuto per il dolo o la colpa grave di più amministratori o di più impiegati essi sono tenuti in solido al risarcimento. Tuttavia se le colpe dei responsabili non siano uguali, potrà porsi a carico di tutti o di alcuni di essi una parte proporzionale del danno arrecato».

Delle norme concernenti l'ordinamento istituzionale e il funzionamento amministrativo queste ci è parso utile segnalate, tenendo conto del carattere della nostra rivista.

Norme speciali per gli istituti ospedalieri.

La legislazione concernente questa forma importantissima di assistenza è unificata.

Riportiamo integralmente l'art. 34 del decreto che riguarda il ricovero.

«Le disposizioni dell'art. 97 della legge e quelle «mantenute provvisoriamente in vigore dallo stes«so articolo sono abrogate. Dopo l'art. 78 della «legge sono inseriti i nuovi articoli seguenti.

«Art. 78-*a*. — Ogni ospedale, secondo la propria «competenza nosologica e nei limiti dei mezzi «disponibili, *ha l'obbligo* di provvedere, sotto la «osservanza delle disposizioni stabilite nell'arti«colo seguente, all'*assistenza ed alla cura dei po«veri* (1) *affetti da malattie acute, dei feriti e «delle donne nell'imminenza del parto, ancorchè «si tratti di persone che, secondo le relative nor«me statutarie non abbiano titolo al ricovero gra«tuito nell'istituto: salvo in questo caso il diritto «al rimborso delle spese di degenza, verso il Co«mune al quale la persona ricoverata appartenga «per domicilio di soccorso. Nel caso di deficienza «di fondi in rapporto alla spesa necessaria per i «ricoverati aventi titolo all'assistenza gratuita, il «detto rimborso può essere richiesto ai Comuni «di appartenenza anche per tali ricoverati, nei «limiti dell'eccedenza della spesa risultante dal «conto del precedente esercizio finanziario e per «ogni Comune, in proporzione delle giornate di «degenza consumate dai rispettivi infermi. Re«stano salve in tutti i casi previsti nel presente «articolo le speciali convenzioni fra gli ospedali «e i Comuni che sarebbero tenuti al rimborso «della spesa».*

«Art. 78-*b*. — L'ammissione in un ospedale, qua«lora non sia richiesta a pagamento, non può «effettuarsi se dal richiedente non siano dimo«strate le *condizioni di povertà e la necessità «del ricovero in dipendenza della impossibilità «della cura o dell'assistenza ostetrica a domici«lio o negli ambulatori o dispensari. In caso di «urgenza,* il ricovero deve essere provvisoriamen«te consentito, salvo all'amministrazione ospeda«liera di accertare successivamente, il concorso «delle suindicate condizioni. *Qualora però si «tratti di persona che secondo le disposizioni sta«tutarie dell'istituto, non abbia titolo all'assisten«za gratuita, l'ammissione nell'ospedale deve es«sere* di regola preceduta, sotto pena di decadere «dal diritto al rimborso della relativa spesa, dal«l'ordinanza emessa ai termini dell'art. 79 della «presente legge, dalla quale risulti accertata la «urgenza del ricovero. *Solo quando l'urgenza sia «tale da non consentire l'emissione dell'ordinanza* «prima del ricovero, questo può essere effettuato «in via provvisoria, in seguito a verbale d'am«missione, redatto da un apposito sanitario del«l'ospedale e da cui risulti la circostanza della «eccezionale urgenza; ma anche in questo caso «devesi promuovere nei due giorni successivi l'e«missione dell'ordinanza».

«Agli effetti del rimborso della relativa spesa, «il ricovero deve essere in tutti i casi notificato «entro cinque giorni dalla data della emissione, «mediante lettera raccomandata, con ricevuta di «ritorno, al Comune del presunto domicilio di «soccorso del ricoverato.

«Art. 78-*c*. — L'amministrazione di ciascun «ospedale deve annualmente determinare, con le «norme stabilite dal regolamento, la retta gior«naliera per l'assistenza e la cura dei poveri, con «apposita deliberazione da sottoporre all'approva«zione del Prefetto.

«L'art. 78-*d*, compreso nell'art. 34 del decreto, «regola l'azione di rivalsa dei Comuni e stabilisce, «fra l'altro, che «è fatta salva l'azione di rival«sa dei Comuni e degli Ospedali... verso i rico«verati che dagli accertamenti eseguiti risultino «non trovarsi in condizione di povertà».

(1) Richiamiamo il concetto di povertà precisato nella prima parte di questo riassunto.

Gli art. 35 a 38 riguardano il rimborso delle spese di spedalità, il procedimento relativo e la competenza a decidere delle contestazioni.

Per questa parte ci limitiamo ad avvertire che i figli legittimi o riconosciuti, minori di quattordici anni, seguono il domicilio di soccorso dell'esercente la patria potestà; il domicilio di soccorso del maggiore di anni quottordici e quello della donna maritata sono determinati indipendentemente dal domicilio legale o dal domicilio di soccorso dell'esercente la patria potestà o del marito.

Norme circa i ricorsi e disposizioni finali.

Analogamente al sistema della legge comunale e provinciale e della legge sanitaria, contro i provvedimenti del Sottoprefetto anche in materia di assistenza e beneficenza pubblica è ammesso ricorso al Prefetto, che decide definitivamente.

Sono altresì soggetti al ricorso gerarchico i provvedimenti del Sottoprefetto emanati in virtù di delegazione fattagli dal Prefetto. La decisione del Prefetto è in tal caso definitiva se il provvedimento delegato sia dalla legge ritenuto definitivo.

Contro i provvedimenti del Prefetto che non siano definitivi è ammesso ricorso al Ministero dell'Interno, che decide definitivamente.

Il termine per il ricorso gerarchico è, in ogni caso, di giorni 15 dalla comunicazione del provvedimento.

Circa le deliberazioni degli enti autarchici e il significato di provvedimento definitivo, come per i ricorsi alla IV Sezione ci riferiamo alle delucidazioni contenute nella nota relativa alla riforma delle leggi sanitarie.

Anche per le istituzioni di assistenza e beneficenza pubblica, il Governo del Re può annullare in qualunque tempo, sia sopra denunzia sia per propria iniziativa, gli tati che contengano violazioni di legge, di statuti, o di regolamenti generali o speciali.

Il decreto qui riassunto avrà completa esecuzione dal 1° luglio 1924. Tuttavia il Ministro dell'Interno ha facoltà di darvi parziale esecuzione anche prima a misura che vengano compiuti gli atti preparatori per l'attuazione di esso.

QUESTIONI PRATICHE.

IV. — Limiti del potere di revoca delle deliberazioni di conferma dei medici condotti per fine del periodo di prova.

Il Consiglio Comunale di Guarcino, considerata la prova fatta dal medico condotto dott. Giansanti, in seguito alla nomina per concorso, deliberò di confermarlo stabilmente.

Ma, essendosi dimessa l'Amministrazione Comunale, sopravvenne un Commissario prefettizio, il quale *revocò* la deliberazione del Consiglio e licenziò il dott. Giansanti per fine del periodo di prova.

Poteva il Commissario revocare una deliberazione del Consiglio, dalla quale era sorto un diritto del terzo?

In ipotesi, era legittima la revoca in quelle condizioni?

La IV Sezione del Consiglio di Stato, alla quale ricorse l'interessato, con decisione 14 dicembre 1923, n. 1620, ha annullato il provvedimento del Commissario per illegittimità. A prescindere dal considerare se un Commissario prefettizio abbia il potere, astrattamente considerato, di revocare una deliberazione dell'Amministrazione ordinaria, dalla quale sia sorto un diritto soggettivo, è certo che la semplice revoca, senza specificazione di motivi concernenti vizi intrinseci o estrinseci della deliberazione, costituisce un manifesto eccesso di potere.

V. — Acquiescenza.

L'impiegato che, licenziato dal posto di effettivo, abbia continuato a prestar servizio *come provvisorio* e abbia poi partecipato al concorso per il conferimento del posto già da lui occupato, non può più insorgere contro il detto licenziamento, per tardività ed acquiescenza.

(Consiglio di Stato, Sezione IV, decisione 23 marzo 1923, n. 69).

VI. — Limiti del potere eccezionale dei Comuni in rapporto al posto di ufficiale sanitario.

La Giunta Provinciale Amministrativa di Cosenza, in sede di tutela, con rigoroso e corretto criterio giuridico, ha negato l'approvazione a deliberazioni concernenti la soppressione del posto di ufficiale sanitario e l'attribuzione dell'incarico della vigilanza igienica al medico condotto.

I decreti 27 maggio e 24 settembre 1923 prevedono la soppressione dei posti non utili nè necessari, ma non degli uffici obbligatori per legge.

L'art. 18 del testo unico delle Leggi sanitarie dispone che l'ufficiale sanitario è nominato nella persona del medico condotto in quei Comuni ove non sia possibile l'esercizio separato delle due funzioni. Ma, secondo il sistema giuridico tuttora vigente, l'ufficiale sanitario comunale o consorziale deve essere scelto fuori dei medici condotti e la sua nomina deve essere fatta per titoli e per esame.

Il Comune non può violare questo sistema giuridico contravvenendo ad una precisa disposizione di legge ed esercitando, sia pure indirettamente, un'attribuzione di nomina che appartiene al Prefetto.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).
Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il numero degli specialisti deve aumentare?

La crescente pletora professionale, sulla quale ci siamo intrattenuti in un altro fascicolo di questo periodico, impone una migliore razionale utilizzazione dell'eccessivo numero di esercenti dell'arte salutare. E un'utilizzazione deve essere che mentre assicuri a tutti o alla gran maggioranza un congruo esercizio remunerativo, corrisponda alle finalità della nostra missione. Una tale utilizzazione non si potrà ottenere se non distribuendosi i compiti equamente ed in ragione delle prevalenti necessità e richieste, ossia con una razionale distribuzione del lavoro. Ciò non potrà ottenersi se non aumentando il numero degli specialisti.

In nessuna professione, forse, sono così profonde le diversità di redditi fra una categoria e l'altra. Vi sono medici che guadagnano molto e medici che guadagnano pochissimo. A questi ultimi appartengono esclusivamente i generici, sopra tutti i liberi esercenti dei grandi e medii centri, i quali costituiscono quasi il proletariato della medicina.

Per un complesso di ragioni di strana psicologia e forse anche di necessità individuali, il numero degli appartenenti a questo proletariato cresce ogni anno, mentre il numero degli specialisti, costituenti la vera aristocrazia della professione, non aumenta proporzionalmente.

Sui vantaggi e gli svantaggi dello specialismo, nei riguardi dell'utilità sociale e del progresso della scienza come nei riguardi dell'interesse della classe medica, molto si è detto.

Se si affronta la quistione con animo spassionato e scevro da misoneismi si deve concludere che lo specialismo è una necessità scientifica ed un'utilità sociale.

La specializzazione è un portato della medicina scientifica moderna. La medicina primitiva non la consentiva: le malattie non erano distinte nella loro sintomatologia, nella loro etiologia, nella loro patologia e conseguentemente la terapia aveva indicazioni uniche per tutti i mali. È vero che alcuni quadri sintomatici fin da tempi remoti furono riconosciuti e distinti e che vi furono medici specializzati nella cura di ciascuna di queste sindromi. Ma questo pseudospecialismo non ha nulla a che fare con lo specialismo moderno. Esso può ritenersi come il primo abbozzo, la prima manifestazione della tendenza alla divisione al lavoro, alla migliore utilizzazione delle singole capacità, che poi si è andato progressivamente accentuando e perfezionando. Anche oggi si hanno medici che limitano il loro esercizio alla cura di una sola malattia, ma siffatta limitata attività è considerata generalmente come un fenomeno di degenerazione professionale.

Con lo sviluppo della medicina empirica si ebbe la prima divisione del lavoro: si specializzarono dapprima chirurgi, ostetrici ed oculisti. E già ai tempi di Galeno oltre i medici generici vi erano specialisti: c'erano medici che curavano le malattie dell'orecchio e dei denti e chirurgi specializzati nel trattamento di singole affezioni, come le fistole, le ernie, i calcoli.

Ma solo dopo che la medicina acquistò un contenuto scientifico naturalistico fu possibile una netta e razionale specializzazione. Anche il secolo decimosettimo, con i suoi sforzi scientifici individuali, ed il secolo decimottavo con le sue teorie e sistemi, non fecero progredire le conoscenze e la tecnica ad un punto tale da rendere possibile un alto grado di specialismo.

Ciò si verificò solo nell'ottocento quando il metodo sperimentale ebbe più larga e severa applicazione nel campo della patologia e della terapia.

Oggi le specialità delle due branche della scienza sanitaria, la medicina e la chirurgia, sono molto, forse troppo, numerose. Dopo la ostetricia, l'oftalmologia, l'otoiatria, che furono le prime a seguirsi in ordine di tempo, si annoverano la pediatria, la psichiatria, la neuropatologia, la rino-laringologia, l'ortopedia, la ginecologia, l'urologia, la traumatologia, la dermatologia, la venereologia, l'odontoiatria, la gastro-enterologia, la cardiologia, l'ematologia, la parassitologia, la sierologia, l'endocrinologia, la radiologia, l'elettroterapia, la chimica clinica, le specialità per la diagnosi e la cura di singole malattie come la tubercolosi, il diabete, la sciatica, l'epilessia, ecc.

Il fatto stesso che una sì minuta divisione del lavoro, si sia potuto verificare ed anzi abbia prosperato, ne dimostra la necessità, anche se accompagnata da eccessi e degenerazioni, del resto inevitabili e fatali come in ogni fenomeno umano.

Non è dubbio che la divisione del lavoro facilita ed accelera le scoperte e le invenzioni. Per quanto polimorfa ed agile possa essere l'intellettualità e l'attività di uno studioso,

egli non potrebbe contemporaneamente attendere a ricerche diversissime: al perfezionamento di uno strumento di ottica, a lavori sul ricambio materiale, al ritrovato di una nuova tecnica operatoria, ad un'indagine psicologica o ad altri degli innumerevoli e disparatissimi compiti che sono commessi ai cultori della medicina. Solo il genio potrebbe riuscirvi: ma i genii sono rari, essi compaiono periodicamente per illuminare con la loro scintilla le vie nuove, per segnare le tracce del lavoro più minuto, più modesto, ma non meno indispensabile dei molti, che devono render pratiche, applicare o perfezionare le scoperte e le invenzioni.

D'altra parte la divisione del lavoro rende questo più perfetto, più facile. La legge generale di psico-fisiologia che la ripetizione degli atti li rende sempre più facili e più adatti allo scopo trova applicazione anche nell'esercizio della medicina. L'operazione di cataratta che è una banalità e di sicuro successo per l'oculista che la ripete quotidianamente, riescirebbe difficoltissima per il generico che fosse costretto a praticarla solo a distanza di anni.

Il vasto campo della medicina consente la applicazione dell' orientamento professionale secondo le singole attitudini e capacità, con la risultante di rendere l'esercizio meno gravoso, più perfetto, più utile alla generalità. Vi sono medici che per loro condizioni psicofisiologiche sono portati per i lavori più delicati, altri per quelli più grossolani, alcuni tendono più alla sintesi, altri all'analisi. La medicina offre a tutte le costituzioni, a tutte le tendenze adeguato lavoro.

La specializzazione per altro non annulla la funzione dei medici generici, nè ne avvilisce la importanza.

In questa fase che può ritenersi ancora preparatoria dello specialismo si va verificando il fenomeno già accennato di una certa differenziazione nel grado di dignità professionale dei generici e degli specialisti. Ma quando lo specialismo avrà raggiunto il suo pieno sviluppo, il generico riacquisterà nella stima generale e nel valore economico il livello che gli si compete.

In effetti è assurdo che sia meno apprezzato e meno ricompensato chi ha maggiori esigenze di studio, più varie e quindi più difficile campo di esercizio, e più gravi responsabilità.

Se mai lo specialista dovrebbe trovarsi in uno stato di subordinazione al generico. È questi che deve indicare e richiedere l'intervento dello specialista. Solo così si potrebbe ovviare ad uno degli inconvenienti dello specialismo. Spetta al generico vagliare il reperto fornito dallo specialista e coordinarlo con le proprie osservazioni. Altrimenti il malato rischia di essere osservato e curato con criterii unilaterali.

Sarebbe desiderabile anzi che gli specialisti si limitassero a visitare soltanto malati inviati da colleghi generici. Ma bisogna riconoscere che siffatto desiderio è chimerico.

Comunque sta di fatto che attualmente il numero dei generici è eccessivo, mentre quello degli specialisti è deficiente, malgrado le necessità sociali e le richieste ne giustifichino l'aumento.

Tale aumento sarebbe utile e proficuo nelle grandi città, ma è assolutamente indispensabile e certamente redditizio nei piccoli centri. Qui troverebbero esercizio abbondantemente remunerativo specialisti di ogni genere, ma sopratutto dentisti, oculisti, otoiatri, ostetrici-ginecologi.

Qùi forse più che altrove avrebbe successo l'istituzione dei gruppi medici che si vanno moltiplicando in America, una specie di cooperativa di consulenti e di specialisti che potrebbero fornire ai medici condotti locali e delle zone circostanti l'aiuto di consiglio e di mezzi diagnostici e terapeutici, che ora devono richiedere e più spesso non possono richiedere ai centri lontani.

Fortunatamente il movimento cui auspichiamo si va già delineando. E i chirurgi dànno l'esempio. Non solo nei minori capoluoghi di provincia e di circondario, ma anche in località di minore importanza emigrano dai centri culturali chirurgi distinti, v'impiantano case di salute, e operano con notevole successo economico, e con non minore vantaggio dei sofferenti locali che o dovevano sopportare oneri finanziari per portarsi nelle grandi città, o rinunziavano alla cura per deficienza di mezzi.

Per gli altri specialisti la emigrazione nei piccoli centri, mentre è meno dispendiosa, è certo altrettanto promettente.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Direttorio Centrale del Sindacato dei medici condotti.

Dal 12 al 16 dicembre u. s. si è adunato in Roma il Direttorio Centrale del Sindacato dei Medici Condotti. Discusso ed approvato il nuovo Statuto-Regolamento della Associazione, vennero presi in esame i seguenti argomenti: Pensioni: Capitolato unico; Stipendio minimo; Tristi condizioni dei medici del Mezzogiorno e delle Isole, ecc.; degli argomenti discussi, a richiesta del comm. Rossoni, segretario generale della Confederazione delle Corporazioni, vennero compilati appositi memoriali che egli si incaricò di trasmettere e di appoggiare presso il Governo.

Dalla relazione fatta dai membri del Direttorio risultò che i Sindacati provinciali medici condotti si sono già costituiti in 44 provincie; in quasi tutte le altre saranno quanto prima un fatto compiuto.

Furono prese diverse decisioni sui rapporti cogli altri Sindacati e colle Federazioni provinciali dei Sindacati, decisioni sancite nello Statuto-Regolamento.

Fu deciso che l'assemblea nominerà il Consiglio Direttivo del Sindacato, ed il Consiglio Direttivo nominerà nel suo seno il Segretario che sarà anche Delegato alla Corporazione provinciale sanitaria.

I medici ferroviari.

L'on. Torre ha ricevuto il Direttorio del Sindacato nazionale dei medici ferroviari.

Il segretario generale dott. Mogliazza di Milano ha presentato all'on. Torre i colleghi del Direttorio, quasi al completo, dottori: Blasi (Napoli), D'Asaro (Palermo), Capellini (Bologna), Cappelletti (Venezia), Musanti e Cecchetelli (Roma), Bruni (Francavilla a Mare), Condio (Torino), Martini (Siena), Ferrara (Milano).

L'alto commissario li ha accolti molto benevolmente ed ha ascoltato con deferenza quanto gli hanno esposto il segretario generale dott. Mogliazza e gli altri componenti del Direttorio e li ha invitati a riepilogare in un memoriale i *desiderata* dei quali ha promesso di tener giusto conto.

Quanto al servizio sanitario ausiliario delle ferrovie ha dichiarato che, se in un primo tempo era di avviso di trasformarlo radicalmente e subito, poi, tornati ad imperare la disciplina e il buon ordine e diminuite enormemente le giornate di assenza per malattia, è venuto nella determinazione di trasformarlo per gradi e a misura che resteranno posti vacanti farà coprirli da medici di ruolo che abbiano solo funzione fiscale. Per i medici della linea non ci saranno variazioni.

Contro l'esercizio abusivo dell'odontoiatria.

Il Ministero dell'interno ha diramato ai signori Prefetti del Regno una circolare a firma del sottosegretario on. Finzi per la repressione dell'esercizio abusivo dell'odontoiatria, in rigorosa osservanza della legge 31 marzo 1912, n. 298, osservanza facilitata dal registro esistente presso ogni Ufficio sanitario provinciale e di cui fa obbligo l'articolo 65 del regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, n. 45.

Negli Ordini dei Medici.

È stato nominato Commissario prefettizio per l'Ordine di Cagliari il colonnello medico dott. Marini cav. Ernesto.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.
Corpo d'Armata di Roma.

(*Continuazione: vedi fasc. 2*).

	Lire
Dott. Cataldi Ermanno	20
Dott. Cavallari Ugo	10
Prof. Cipollone Tommaso	20
Dott. Cremonese Guido	10
Dott. Angelini Antonio	25
Dott. Sprega Giulio	25
Dott. Andrucci Andruccio	30
Dott. Mazzocchi Fabio	10
Dott. Cavi Riccardo	10
Dott. Bertola Francesco	5
Dott. Petroni Angelo	10
Dott. Bisso Augusto	30
Dott. Coleschi Lorenzo	50
Dott. Conti Giovanni	10
Dott. Colazza Giovanni	20
Dott. Chiaramonte Rocco	20
Dott. Calabrese Giulio	10
Dott. Mattoli Agostino	200
Dott. Martinetti Giov. Battista	5
Dott. Novaro Nicola	20
Dott. Santovecchio Romeo	50
Dott. Camici Paolo	30
Dott. Borgheggiani Gustavo	50
Dott. Pieri Arnaldo	25
Dott. Carletti Carlo	20
Dott. Ciuffini Publio	20
Dott. Nardini Giulio	50
Dott. Andrei Giovanni	25
Dott. Simi Guido	25
Dott. Baliva Carlo	10
Dott. Cermenati Attilio	50
Dott. Arnaldi Paolo	40
Dott. Baroni Giulio	10
Dott. Masi Umberto	10
Dott. Brogi Giov. Batta	50
Dott. Busca Pietro	10
Dott. Contini Albino	60
Dott. Benedetti Ernesto	10
Dott. Scrocco Amedeo	20
Ten. M. Tappi Primo	100
Ten. M. Arbore Pasquale	35
Dott. Reggiani Vittorio	50
Dott. Arias Paolo	10
Dott. Palozzi Luigi	15
Dott. Spinedi Luigi	10
Dott. Sabatucci Riccardo	5
Dott. Tefi Riccardo	30
Dott. Nenci Carlo	30
Dott. Ricci Fedro	49.20
Dottori Rua, Rossini, Vinciguerra	30.05
Dott. Pesenti Guglielmo	10
Dott. Mattei Emidio	10
Dott. Buzi Emilio	25
Dott. Martelli Ludovico	15
Prof. Sorgente Pietro	50
Prof. Sereni Samuele	25
Dott. Giannattasio Gerardo	10
Dott. Garassini Eugenio	15
Dott. Margottini Mario	15
Dott. Valletti Guido	10
Dott. Mastri Carlo	25
Dott. Marinelli Giuseppe	20
Dott. Vecchi Adolfo	10
Dott. Vecchi Sante	10
Cap. M. Righi Giuseppe	100
Dott. Boccadifuoco Francesco	10

(*Continua*).

CONCORSI.

Posti vacanti.

Alezio (*Lecce*). — Scad. 15 feb. L. 5000 per 1500 pov., addizion. L. 5 fino al massimo di 2000 pov., 4 quinquenni decimo, L. 1500 indenn. speciale (per i primi 4 anni), L. 500 cav., c.-v.

Cassano Irpino (*Avellino*). — Al 10 feb.; stip. L. 4,500 (*sic.*) e 3 quinq. decimo; L. 300 uff. san. Età lim. 45. Ab. 1885; ristrettissima lista poveri; acqua e clima saluberrimi.

Chiarano (*Treviso*). — A tutto 10 feb. Ab. 4104. Una frazione. L. 6000 p. poveri, L. 2500 trasp., L. 500 indenn. alloggio, L. 400 se uff. san., c.-v., 5 quinq. decimo. Età lim. 40. Serv. entro un mese (entro due se già viene prestato servizio in altra condotta). Due anni in ospedale o condotta.

Cremona. *Consiglio degli Istituti Ospedalieri*. — Direttore sanitario e dirigente comparto medico; L. 17,000 oltre L. 3000 indenn. alloggio L. 1200 c.-v. Scad. ore 16 del 29 feb Otto anni di servizio medico ospedaliero o cinque anni di aiutato in Clinica medica. Età lim. 45. Divieto di esercizio profess. libero.

Fabriano (*Ancona*). — Scad. 20 feb.: 2ª condotta, di Albacina; L. 7250 e 10 bienni ventesimo, due c.-v., L. 2400 trasp., abitaz. gratuita. Fino a 1000 poveri.

Forlì. — Scad. 20 feb. Per il reparto di S. Martino in Strada; ab. 5000 quasi tutti sparsi di cui 800 circa pov. L. 8000 oltre L. 3000 cav. L. 500 supplemento, 10 bienni del ventesimo. L. 3 ogni fam. oltre le 200, due c.-v.

Girocarne (*Catanzaro*). — Scad. 20 feb. Pel I reparto (capoluogo, fraz. Ciano e case sparse). Lire 6000 e sessenni del decimo; per cav. L. 1200; quale uff. san. L. 600.

Milano. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — 19 medici chirurgi assistenti con funzioni di interno; L. 5600 e c.-v. Titoli ed esami. Docum. all'Ufficio del Protocollo non oltre le ore 16 del 15 febbraio. Età lim. 39. - Vice dirigenti degli Ambulatori comunali oto-rino-laringoiatrico ed ostetrico-ginecologico; emolumento di L. 3000 con obbl. di 2 ore serv. giornal. escluse le domeniche, 30 giorni di congedo. Scad. ore 16 del 29 feb. Tassa di conc. L. 50. Età lim. 39. Serv. entro 15 g.

Montepulciano. *RR. Ospedali Riuniti di S. Cristofano*. — Direttore sanitario e chirurgo operatore. Tirocinio triennale in clinica od Ospedale importante. Età 30-50; L. 12,000, oltre 40 % tasse operazione, tre sessenni. Cure di condotta chirurgica. Scad. 18 feb.

Rivarolo del Re (*Cremona*). — Proroga ore 12 dal 29 febbraio. Vedi fasc. 4.

Roma. *Ministero delle Colonie*. — Direttore dell'Ospedale di Derna. Domande al Ministero (Direzione Gen. per le Colonie dell'Africa Sett.) non più tardi del 10 feb. Età massima 50. Costituz. adatta all'impiego. Stip. L. 10,000; indenn. Coloniale L. 10,000; c.-v.; alloggio gratuito; libero esercizio della professione. Aumenti periodici degli assegni. Soli titoli.

S. Calogero (*Catanzaro*). - L. 4000 (*sic*) e c.-v. Scad. 10 feb.

Trento. — Medico del dispensario comunale per la sifilide e per le malattie veneree. Scad. 15 feb. Stip. L. 6000. Quattro ore settimanali. Per condizioni dettagliate rivolgersi all'Ufficio municipale d'Igiene.

Concorsi a premio.

Roma. *R. Università*. — È bandito il concorso al premio triennale «Fondazione Ernesto Pestalozza» per lavori nel campo dell'ostetricia e della ginecologia. Il premio, costituito con la rendita del capitale di L. 50,000 (detratte le tasse e le spese di amministrazione), sarà conferito al miglior lavoro o ai migliori lavori pubblicati per le stampe, entro un triennio, da cittadini italiani laureati in medicina da Università italiane. Detti lavori debbono trattare argomenti, che rientrino nel tema stabilito dalla Commissione, cioè argomenti di Fisiologia e Patologia della placenta. Se i concorrenti presenteranno più lavori, questi dovranno essere sempre attinenti al tema.

Le domande su carta bollata da L. 2, accompagnate dai certificati di laurea, di cittadinanza italiana e dalle pubblicazioni, debbono essere presentate al Rettorato non più tardi delle ore 12 del 2 gennaio 1927.

Roma. *R. Accademia Nazionale dei Lincei*. — È stato istituito da un generoso anonimo un premio col nome di «Maria Bianca», per la somma di L. 25,000 una volta tanto, allo scopo d'incoraggiare nuove ricerche intorno alle malattie provocate da germi patogeni noti o da scoprire. Gli studi e le ricerche per conseguire il premio dovranno riguardare l'etiologia e metodi nuovi di cura o di difesa igienica.

Saranno ammessi al concorso esclusivamente studi e ricerche originali non ancora presentati ad alcun altro concorso. I lavori dei concorrenti dovranno pervenire alla R. Accademia non più tardi del 15 gennaio 1926 ed essere pubblicati nel biennio precedente a questa data.

Roma. *Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia*. — Concorso al «Premio Tommaso De Amicis» di L. 2000, da assegnare all'autore del miglior lavoro sopra un argomento di stretta attinenza alle discipline dermosifilografiche. Chiedere le condizioni al segretario della Società, prof. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio, 69, Roma (20). Scad. 31 luglio 1925.

Borse di studio.

Bologna. *Istituto Ortopedico Rizzoli*. — L'Istituto, al fine di intensificare gli scambi intellettuali Italo-Argentini, ha fondato una borsa gratuita di studio da conferire annualmente ad un medico laureato da non meno di tre anni presso una Università della Repubblica Argentina. La Commissione per la scelta del concorrente è costituita dal Ministro Italiano in Argentina quale rappresentante dell'Istituto Rizzoli, dal Decano della Facoltà di Medicina della Università di Buenos Aires e dal Direttore dell'Ospedale Ita-

liano in detta città. Al termine dell'anno scolastico il medico, desiderando conseguire un diploma di perfezionamento in Clinica Ortopedica rilasciato dall'Istituto Rizzoli, dovrà sostenere una prova d'esame davanti ad apposita Commissione. Per informazioni rivolgersi all'Istituto (Clinica Ortopedica della R. Università, Bologna (4)).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

A succedere al sen. Pio Foà è stato chiamato, con votazione unanime della Facoltà Medica di Torino, il prof. Ferruccio Vanzetti.

Il Vanzetti, nato a Verona, ha compiuto i suoi studi e conseguito la laurea a Torino; attratto dalla scuola del Foà, venne da questi nominato assistente e visse con Lui in cordialissimi rapporti intellettuali. Coprì successivamente le cattedre di anatomia patologica di Perugia, Sassari, Cagliari e Catania. Continuerà le nobili tradizioni del Maestro nel campo scientifico, professionale e didattico.

I nostri rallegramenti cordiali all'illustre studioso.

A succedere al prof. Vanzetti è stato chiamato da Perugia il prof. Bindo De Vecchi, altra forte tempra di studioso.

Il prof. Domenico Maiocchi, clinico dermatologico di Bologna, è stato eletto membro onorario corrispondente della Società danese di dermatologia e sifilografia.

Il prof. Virginio Ducceschi è nominato preside della Facoltà Medica di Pavia.

Il Consiglio Accademico della R. Università di Roma, su proposta di una Commissione presieduta dal direttore della Clinica Medica prof. Vittorio Ascoli, ha conferito tre medaglie d'oro al merito clinico del *premio Baccelli* ai proff. Giuseppe Antonelli di Roma, Guido Izar di Catania e Giulio L. Sacconaghi di Brescia, in riconoscimento dei loro meriti scientifici e clinici.

La Giunta Municipale di Udine ha deliberato alla unanimità di offrire come pegno di gratitudine una medaglia d'argento collo stemma della città al dott. Michele Pavone, palermitano, il quale durante la dolorosa invasione del 1918 diede con vera abnegazione l'opera sua sapiente e preziosa ai cittadini rimasti nell'ospedale civile.

Il dott. Gabriele Goglia ha conseguito la libera docenza in patologia medica presso la R. Università di Napoli. Tema discusso con abilità e perizia: «Patogenesi degli itteri»; tema della lezione: «Sindrome basedowiana».

Il giovane dott. Edmondo Persichetti, aiuto specialista nell'Ospedale di S. Gallicano in Roma, ha conseguito la libera docenza in dermosifilopatia presso la R. Università di Torino; ha trattato con acume il tema: «Dualità del *Treponema pallidum*». La commissione esaminatrice, presieduta dal prof. Mantegazza, ebbe parole di elogio per l'esaminando.

NOTIZIE DIVERSE.

La celebrazione dei medici caduti in guerra.

La Segreteria si comunica il seguente appello rivolto ai medici:

«Fra giorni in Milano, il Bronzo di Arrigo Minerbi che risplenderà al sole nella prossima primavera fiorentina, acquisterà nel forno fusorio linea, sentimento e pensiero. Al tumulto della materia incandescente, per la cui fusione s'invocherà lo spirito del grande Cellini, al bronzo fluido, vivente che cerca e trova nelle impronte geniali dell'artista quell'espressione immateriale di amore e di colore, di eroismo e di pietà, a tutto questo Tempio in movimento, che arde e che illumina, offriamo, con slancio e con spirito di umiltà le nostre croci di guerra: umiltà verso gli Eroi nostri che caddero senza lamenti e senz'altro premio sperare se non la grandezza della Patria.

Il Generale Medico Francesco Della Valle, presidente del Comitato esecutivo, presenzierà alla cerimonia e per primo compirà l'atto che trova in se stesso il più alto compenso come in ogni fenomeno intimamente religioso.

Le croci di guerra debbono essere spedite al Segretario Generale dott. Federigo Bocchetti, direttore del Sanatorio Militare di Anzio (Roma)».

Per la sistemazione dell'Università di Bari.

La Commissione tecnica per la sistemazione dell'Università barese ha presentato al ministro Gentile la sua relazione, che così conclude:

1) Proponiamo senz'altro la fondazione al completo della Facoltà di Medicina, perchè l'Ateneo, sgomberato delle scuole medie e dal Convitto Nazionale, può accogliere in primo tempo tutti i 17 Istituti scientifici, cogli Uffici Universitari e i vari servizi annessi, costituendo così un superbo organismo universitario di medicina, unitivo ed organico, quale poche Università hanno la fortuna di possedere.

2) In un secondo tempo dovranno costituirsi o adattarsi altri locali, per accoglierví la fisica, la chimica, la zoologia e l'anatomia comparata, la botanica e tutti gli altri Istituti necessarii alla fondazione del primo biennio della Facoltà di Scienze. Anche la Clinica delle malattie nervose e mentali dovrà collocarsi altrove (nell'erigendo manicomio). E così con l'esodo di questi 5 Istituti dell'Ateneo i rimanenti 12 potranno avere una espansione pienamente confacente alle moderne esigenze e pari in media a 500 mq. ciascuno di area utilizzabile, riserbando un'area possibilmente maggiore alle due cliniche generali, alla Fisiologia ed alla Patologia generale.

3) Dovrà nominarsi, fra i primi atti, il Collegio dei professori, che curerà e penserà a mandare ad effetto sollecitamente il progetto definitivo di adattamento e arredamento dell'Ateneo, l'ammobiliamento e lo arredamento scientifico.

4) Dovranno nominarsi anche i titolari effettivi della Fisica, Chimica e Zoologia, per costrui-

re il nucleo del Comitato promotore della erigenda Facoltà di Scienze, che permetterà coll'esodo dei detti Istituti, il miglior assetto definitivo della Facoltà medica.

5) L'Ospedale Civile, infelicissimo di locali e privo di risorse, non può servire ad ospitare nessun Istituto, nè sarebbe opportuno disunire la Facoltà, che può avere sede completa nell'Ateneo. Però l'Ospedale deve rimanere in tutta la sua attuale efficienza essendo insufficienti alle esigenze degli Istituti anatomici e a quella della beneficenza i soli letti della Clinica.

Corsi di perfezionamento in igiene.

Presso l'Università di Torino si terranno un corso quadrimestrale dall'11 febbraio all'11 giugno ed uno bimestrale dal 1° aprile al 31 maggio, il primo di preparazione ai posti di carriera sanitaria governativi e comunali; il secondo per aspiranti alla carica di ufficiale sanitario. Tassa globale d'iscrizione L. 400; al solo secondo corso L. 300; altri diritti L. 85.

Presso l'Università di Pavia si terrà un corso bimestrale per aspiranti alla carica di ufficiali sanitari, a partire dal 18 marzo. Contributo alle spese d'insegnamento L. 300; diritto d'iscrizione L. 1; bolli e diritti di diploma L. 6.50. Le domande si ricevono sino al 1° marzo.

Corso di perfezionamento in "Medicina del Lavoro".

Per dare modo agli inscritti di frequentare altri Corsi di perfezionamento che avranno inizio nel mese di febbraio nella R. Università di Roma, l'apertura del Corso di «Medicina del Lavoro» è stata rinviata al 4 febbraio. Terrà la prima lezione il prof. Ottolenghi alle ore 18 nell'Istituto di Medicina Legale.

L'orario delle lezioni e delle esercitazioni, che avranno luogo esclusivamente nelle ore pomeridiane, è visibile al suddetto Istituto.

I medici prenotatisi per la frequenza al corso sono pregati di regolarizzare la loro inscrizione nella Segreteria della R. Università.

Si fa noto che anche per il corrente anno, con il contributo del Ministero della Economia Nazionale, della Cassa Nazionale Infortuni e della Croce Rossa Italiana è stato costituito un fondo di lire 5,500 per l'assegnazione di premi di studio a coloro che nelle prove di esame dimostreranno d'aver tratto maggior profitto dal corso.

La Croce Rossa Italiana per i paesi delle Marche colpiti dal terremoto.

Appena giunte le notizie del movimento sismico in Provincia di Pesaro, il Presidente della Croce Rossa Italiana, Sen. Ciraolo, ha disposto che un Ufficiale dell'Associazione, Tenente Bassi, si recasse immediatamente nella regione e col Presidente del Comitato di Ancona, Comm. Ferroni, visitasse i paesi più colpiti per segnalargliene i bisogni urgenti. Ha subito autorizzato il Presidente del Comitato di Ancona ad inviare a S. Costanzo ed a Mondolfo il corredo di tende, di coperte, necessario per i primi bisogni, e che potevano trovarsi in quel vicino magazzino e ha disposto che da Roma siano spedite dieci grandi tende, delle quali sei per Mondolfo e quattro per S. Costanzo. Un drappello di militi acompagna le tende.

In onore di Déjace.

Il corpo medico belga ha festeggiato a Bruxelles, nei locali della «Maison de la Presse», il dott. Déjace, in occasione del 75° anniversario del periodico «Le Scalpel», di cui egli è da 40 anni redattore-capo.

Il dott. Déjace è anche presidente onorario della Federazione medica belga ed è stato uno dei solerti promotori dell'Associazione internazionale della stampa medica, disgregatasi a causa della guerra. Temporaneamente la presiedette.

La Federazione Medica Belga ha offerto al suo presidente un quadro che ne riproduce la effigie.

In questa occasione il Déjace è stato nominato dal Governo commendatore dell'Ordine della Corona.

Il nostro sentimento di colleganza e le nostre cordiali felicitazioni al brillante ed arguto giornalista medico.

Onoranze al sen. Grassi.

La sottoscrizione aperta per le onoranze al prof. Grassi ha già reso più di 40,000 lire. Come abbiamo già annunziato, le somme raccolte verranno destinate all'istituzione di borse di studio per l'incremento della parassitologia animale.

Chi intende onorare nel prof. Grassi uno dei massimi esponenti della scienza italiana contemporanea può rivolgere le adesioni e le offerte al segretario del Comitato promotore, cav. Paolo Luigioni, via Dogana Vecchia, 27 - Roma.

Per Augusto Righi.

Come medici sentiamo di dovere partecipare alle solenni onoranze che sono state rese in questi giorni dall'Italia alla memoria del sommo fisico, cui è stato eretto un monumento a Bologna.

I nostri abbonamenti cumulativi.

Avvertiamo che lo stato di pubblicazione dei periodici con i quali abbiamo istituito gli abbonamenti cumulativi è il seguente: la «Rivista di Clinica Pediatrica» e «La Salute e l'Igiene nella Famiglia» sono in regola; degli «Annali d'Igiene» e de «La Clinica Ostetrica» è imminente la pubblicazione del fascicolo di gennaio; del «Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle» è uscito testè il fascicolo bimestrale novembre-dicembre 1923 e de «La Stomatologia» non è ancora pubblicato il fascicolo di novembre 1923. Di questi ultimi due periodici, il primo fascicolo dell'annata 1924 arriverà pertanto con qualche ritardo agli abbonati. Del periodico «Cuore e Circolazione» il 1° fascicolo (gennaio) del 1924, verrà spedito a giorni.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Annali d'Igiene, ag. — U. MELLO. L'amebiasi nei primati. — V. PUNTONI. Vaccinazione anticimurrosa. — G. SAMPIETRO. Vaccini Besredka.

Revue de Méd., n. 7. — H. ROGER, G. AYMÈS e L. POURTAL. Algomioclonie localizzate.

Archivos de Med., ecc., 25 ag. — HELLWIG. La cefalea e suo trattamento.

Il Manicomio, 1. — F. DEL GRECO. Il «carattere» dei dementi paranoidi.

Annali di Oftalm. e Clin. Ocul., 4-5. — SEGNINI. Coroidite metastatica. — BIANCINI. Il nistagmo.

Studium, 20 ag. — A. CARDARELLI. Consigli ai giovani medici. — F. VALLETTA. Rapporti fra tbc. e vegetaz. adenoide. — S. CACCURI. Condizioni igieniche e sanit. dei barcaioli a Napoli.

Riforma Med., 27 ag. — N. PANE. Chemioterapia idrargirica nella tbc. polmonare.

Rivista di Patol. nerv. e ment., 25 ag. — M. ZALLA. Tuberc. e malattie mentali. — P. VERGA. Patogenesi della tabe dorsale.

Prensa Méd. Argent., 20 ag. — M. R. CASTER e D. GREENWAY. Coccidiosi umana da Isospora hominis.

Ann. di Nevrol., 31 ag. — F. BALDI. Istinti e nevrosi.

Folia Med., 30 ag. — F. FANELLI. Etiopatogenesi del morbo di Cardarelli-Jakoch.

Practitioner, sett. — D. C. L. FITZWILLIAMS. Forme croniche e rare di suppurazioni del seno. — G. H. LANKASHIRE. Urticaria cronica dell'adulto. — C. E. SHELLY. Trattamenti a domicilio delle emorroidi interne.

Lavoro, 31 ag. — M. ARTOM. Dermatosi professionale dei cappellai.

Stomatol., ag. — G. SCERVINI. Cisti di origine dentale.

Wien. Arch. f. inn. Medizin., 1 lug. — F. REDLICH. L'endocardite nel tifo addominale e endocardite tifosa. — F. HÖGLEX. Contenuto adrenalinico in varie forme morbose. — M. SEMERAN. Patogenesi della dissenteria. — R. GUSSENBANER. Extrasistole retrograda. — E. FRÖSCHELS e F. STOCKERT. Fenomeni ascoltatori sulla voce sussurrata. — H. ELIAS e K. HITZENBERGER. Confronto tra reperti fisico-clinici e radiologici. — E. FREUND e A. SIMÒ. I gas del sangue in alcune pratiche fisioterapiche.

Münch. Med. Woch., 31 ag. — H. HOLWEG. Le iniezioni intracardiali. — 7 sett. — W. STOCLZNER. Lo stile terapeutico nel decorrere delle età. — 14 sett. — E. HOFFMANN. La pseudo-ulcera luetica primaria da gonorrea. — A. OHLY. Ulcera familiare del tratto gastro-intestinale.

Gaz. d. Hôp., 18 e 20 sett. — EUZIÈRE e BLONQUIER DE CLARET. Turbe morali consecutive alla nevrassite epidemica.

Biochim. e Terapia sper., 31 ag. — A. BALDONI. Comportamento dell'acido salicilico nell'organismo umano.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 10 sett. — Numero sul 17° Congresso francese di medicina.

Mediz. Klinik., 19-26 ag. — H. SELLHEIM. Eclampsia e gravidanza.

Pathologica, 1 ott. — U. PARODI. Produzione sperimentale del carcinoma da catrame.

Minerva Med., 1 ott. C. GAMNA. Linfogranuloma venereo.

Rev. españ. de Med. y Cir., sett. — M. TORELLÒ CENDRA. I soffi cardiaci.

Journ. Méd. Français, lug. — Numero sulle peritoniti tuberc.

Brit. Med. Journ., 29 sett. — Numero sul Congresso dell'Ass. Med. Britann.

Lancet, 29 sett. — S. RUSS. Azione dei raggi X di varia lunghezza.

Dent. Mediz. Woschens., 28 sett. — M. ROSENFELD. Il problema dell'isteria.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 11 Febbraio 1924 Fasc. 6

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE PREVENTIVE.

LABORATORIO DI MICROGRAFIA E BATTERIOLOGIA DELLA SANITÀ PUBBLICA diretto dal prof. B. GOSIO.

Uso del latte nell'accertamento diagnostico della difterite.

Prof. M. PERGOLA.

Per attuare il mio metodo di accertamento diagnostico dell'infezione difterica, comprendente l'allestimento di culture di arricchimento e di isolamento (1), occorrono speciali ed adatti substrati nutritivi, che contengono tellurito potassico nella proporzione di circa 1: 5000 e sono costituiti essenzialmente da siero di sangue e giallo d'uovo.

Il disporre, come utilizzabili, di altri materiali specialmente facili a procurarsi, può essere sempre utile. Perciò, avendo riconosciuto che uno di essi è il latte, su questo richiamo l'attenzione colla presente nota preventiva.

Si può usare sia il latte fresco, che quello condensato od in polvere (Dryco, Glaxo), convenientemente elaborati.

Premesso che il latte rappresenta un buon mezzo culturale pel bacillo difterico, il quale vi trova condizioni favorevoli pure per la produzione dei granuli polari, ecco in breve come può essere utilizzato per la diagnosi batterioscopico-batteriologica della difterite.

Culture di arricchimento. — Il latte puro o diluito anche a metà con acqua o soluzione fisiologica di cloruro sodico, si sterilizza in

(1) Si possono consultare in proposito le seguenti note riassuntive:
M. PERGOLA. *La ricerca del bacillo difterico e la cultura di arricchimento.* Pathologica, n. 295, 1921.
M. PERGOLA. *Nuovo metodo per la diagnosi batteriologica della difterite con la cultura di arricchimento.* Il Policlinico, Sez. Prat., 1921.

pentola di Kock od in autoclave, si aggiunge, per ogni 100 cmc., di gr. 0,02 di tellurito potassico (2), ed è pronto per l'uso.

Naturalmente si può preparare di volta in volta, oppure conservarlo già allestito e suddiviso a dosi convenienti.

Il latte da solo dunque, purchè aggiunto di tellurito, può bastare per le culture di arricchimento. Tanto meglio però, se lo uniamo con altri materiali, dotati essi pure di proprietà nutritive, come glicerina, brodo, e specialmente giallo d'uovo e siero di sangue.

Culture di isolamento. — Latte fresco concentrato a bagno-maria fino a metà, o 1/3 di volume, oppure latte condensato, diluito a parti uguali in peso con acqua, in modo che risulti di concentrazione doppia o tripla del normale, e reso alcalino con soluzione di carbonato sodico, si sterilizzano in pentola di Koch, od in autoclave, e si aggiungono quindi del 0,10 % di tellurito potassico (3): 20 cmc. di latte così elaborato, contenenti gr. 0,02 di tellurito, possono considerarsi come corrispondenti ad un giallo d'uovo, ed al pari di questo usarsi per la preparazione dei substrati per le culture di isolamento. Così, unendovi 100 cmc. di agar all'1,7 %, e versando in piastre, si ha il terreno a base di agar; unendovi invece 75-80 cmc. di siero di sangue, oltre 25-20 cmc. di soluzione fisiologica di cloruro sodico, e versando in piastre o tubi, che si fanno solidificare nel coagulatore, mediante il riscaldamento per un'ora o poco più a 85°-90° C., si ha il terreno a base di siero, che sperimentalmente offre al bacillo difterico la medesima alta elettività del siero-uovo-tellurito.

Le colonie difteriche, sviluppatesi su questi substrati, presentano gli stessi caratteri, che su quelli contenenti il giallo d'uovo.

Tralascio per ora molti dettagli, sui quali mi intratterrò nella nota definitiva.

Ma intanto, ricordando che, come ho altrove dichiarato, l'aggiunta di tellurito potassico nella proporzione di circa 1 : 5000, rende qualsiasi substrato, elettivo pel bacillo di Klebs-Löffler, non è da escludersi, che si trovino pure altri materiali, adatti alla preparazione di terreni per culture di arricchimento e di isolamento del bacillo difterico medesimo.

Roma, novembre 1923.

---

(2) Cioè cmc. 1 o 2 rispettivamente della soluzione di tellurito al 2 % od all'1 %.

(3) Cioè 5 o 10 cmc. rispettivamente della soluzione di tellurito al 2 % od all'1 %.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE GHINELLI IN GATTEO (FORLÌ).

La pratica del metodo Solieri per il trattamento chiuso dei processi osteoarticolari specifici aperti (1)

per il dott. CARLO TEDESCHI, chirurgo direttore.

Qualunque nuovo metodo di cura, che pure conti al suo attivo i più brillanti risultati, acquista massimo valore quando, uscito dalla clinica e dai reparti ospedalieri (dove possibilità di mezzi, assiduo controllo di prove ne hanno vagliato il pro e il contro) si afferma di applicazione possibile, semplice, comoda, oltre che utile nelle mani del medico pratico; e, fattore non piccolo di successo, si acquista la simpatia dei pazienti per le minori noie e per i vantaggi di cui questi possono immediatamente beneficare. Valga ad esempio un metodo che suscitò larga eco e molte speranze, diede ottimi risultati, ma cadde ben presto per la sua difficile, costosa, scomoda applicazione, la buona dose di pazienza e costanza che richiedeva dal malato: accenno al trattamento secondo Bier delle osteo-artriti tubercolari. Al pratico il problema della cura dell'osteo-artrite specifica si presenta sempre sotto forma del metodo conservativo, lasciando che la questione dell'accordo fra conservatori ed operatori, se sarà possibile, se la sbrighino i chirurghi fra loro.

Oggidì anche fra questi ultimi la tendenza generale è verso il metodo conservativo.

Eminentemente conservativo è il nuovo trattamento del prof. Sante Solieri di Forlì, della tubercolosi ossea ed articolare aperta.

Il concetto di tale trattamento terapeutico è venuto dal così detto processo Magati, che si basa sul vantaggio che alle ferite con processo infiammatorio in atto deriva dal fatto dell'immobilità assoluta e del toccarle il meno possibile. E se alcuno può trovare naturali i vantaggi dal Magati due secoli e mezzo prima dell'era antisettica ed asettica, confortano oggi tale metodo le osservazioni del Ruggi, Magni e dei chirurghi inglesi nell'ultima guerra che si possono riassumere nelle tre parole « *Raro me tangas* » per tutte le ferite anche a vastissimo cratere, a processo infiammatorio in atto, interessanti le ossa e le articolazioni. Al Solieri, dal felice e costante risultato ottenuto nella sua ininterrotta attività di guerra negli ospedali da campo e nelle sezioni chirur-

---

(1) Comunicazione fatta alla riunione dei radiologi ed ortopedici delle tre Venezie e dell'Emilia. Padova, 6 maggio 1923.

giche degli ospedali militari e dell'ospedale civile di Forlì, col metodo immobilizzante e chiuso, è venuta l'idea di applicare tale processo alle lesioni osteo-articolari aperte.

Venuto a conoscenza del metodo, confesso che a tutta prima non ne provai un grande entusiasmo. La memoria di grandi processi gementi sani e richiedenti la quotidiana medicazione, la possibilità dell'assorbimento del pus, il fastidio che ne poteva venire al malato, che spaventato avrebbe richiesto ogni momento il rinnovo dell'apparecchio, mi fecero ritenere il metodo tutt'al più applicabile in un reparto ospedaliero. Ho voluto per ciò seguire *de visu* presso il reparto chirurgico del Solieri a Forlì il suo metodo e poi che ne ebbi visti i risultati non ho avuto alcun dubbio a portarne i concetti e l'esperienza nella mia attività di pratico fuori dell'Ospedale.

Il processo fondamentale quale viene applicato nel riparto chirurgico del Solieri è il seguente:

I) Localizzazione degli ascessi periarticolari.

II) Svuotamento e trattamento di essi col metodo Durante nel minor tempo possibile.

III) Eliminazione di sequestri e granulazioni nei tramiti fistolosi di scarico ed iniezioni in essi del liquido Durante.

(Il Solieri dà grande importanza alla diligente preparazione del terreno che dovrà poi essere chiuso completamente).

IV) Detersa la cute della parte con etere, viene spalmata di pomata al dermatolo, avvolta in garza sterile, poi in leggero strato di cotone. Si racchiude poi l'arto e l'articolazione in apparecchio a fasce gessate, dando la posizione corretta per l'eventuale necessità d'anchilosi a cura ultimata. La secrezione comincia a far comparire macchie di pus, ad intaccare talora il gesso, l'odore a rendersi grave al paziente, il pus a gemere dalle parti declivi dell'apparecchio? Questo viene tolto, la parte trattata come nel primo tempo e rinnovato.

Tale metodo ho seguito nel trattamento dei casi seguenti:

OSS. I[a]. — S. G. di anni otto da Cremona, ricoverata nell'Ospizio Marino Cremonese di Cesenatico. 2 luglio 1920. Focolai multipli di osteoperiostite ed artrosinovite granulo-fungosa dei tarsi e metatarsi d'ambo i lati, con numerosi seni fistolosi apertisi sei mesi prima. Viene in Ospizio munita di apparecchi gessati fenestrati. Non può recarsi alla spiaggia che trasportata. Tolti gli apparecchi, i due piedi, segnatamente il sinistro, si presentano edematosi con eczema diffuso al dorso del piede dal lato esterno dove si aprono a sinistra tre piccoli seni fistolosi: a destra un seno fistoloso sbocca fra le teste dei due primi metatarsi. Scucchiaiamento dei tramiti di scarico dei focolai. A sinistra vengono levati due piccoli sequestri. Preparata la parte come detto sopra, iniettato nel tramite soluzione di Calot, le due estremità vengono chiuse in apparecchio gessato chiuso fino quasi al ginocchio, lasciando libere solo le dita.

La P. tollera bene l'applicazione, felice di non subire la quotidiana medicazione. Dopo 15 giorni: prima rimozione, avendo il pus fatto rammollire l'apparecchio al calcagno del piede sinistro. Immagino di trovare la cute macerata, eczematosa. Con mia grande meraviglia l'edema è scomparso, qualche piccola granulazione procedente da due orifici dei tragitti fistolosi di sinistra viene tolta col cucchiaio. Il terzo tramite appare chiuso. Quello di destra della grandezza di una capocchia di spillo. Semplice lavaggio degli arti in acqua di mare bollita. Apparecchio applicato come prima. Dopo un mese viene tolto nuovamente. È aperto un tragitto fistoloso a sinistra. Rinnovasi altre due volte l'apparecchio. Dopo tre mesi la bambina lascia l'Ospizio guarita del processo infiammatorio. Rivista l'anno dopo il processo può considerarsi completamente spento. Questo caso è l'unico di quell'anno, poichè del processo Solieri non avevo che vaga conoscenza altro che per via indiretta e lo volli esperimentare appunto in un Istituto dove era possibile mantenere continuamente sorvegliato il paziente. Non volli però ripetere l'esperimento nella pratica privata, dubitando avrei incontrata l'ostilità dei pazienti e sopra tutto dei loro famigliari, che temevo si sarebbero allarmati dell'aspetto impressionante degli apparecchi macchiati dal pus e del cattivo odore caratteristico. Fu dopo conoscenza del metodo nella sua tecnica esatta, quale appresi dal lavoro di un allievo del Solieri, il dott. Conti Luigi (*Rivista Ospedaliera* dell'agosto del 1921); e presso il riparto chirurgico di Forlì ebbi a constatare i brillanti risultati ottenutivi, che passai all'applicazione nella pratica privata.

Il caso seguente è caratteristico:

OSSERVAZIONE II. — R. E., da Cesenatico, di anni 15, madre e padre morti di tubercolosi. Una sorella malata di bronco-alveolite. È in mia cura dal 1920 per osteo-artrite granulo-fungosa del gomito e del polso sinistro. Il gomito ha la circonferenza di cm. 34, fusiforme; articolazione fluttuante che alla pressione dà esito per due tramiti fistolosi, aprentisi uno al lato cubitale, l'altro sopra l'olecrano a liquido siero-purulento.

Il P. porta il gomito in flessione a 42°, sostenuto da doccia di fil di ferro per le medicazioni, che bisogna fare quotidianamente. Tali medicazioni, abitando il paz. lontano, vengono eseguite a casa dai famigliari. Condizioni generali scadentissime. Dimagrimento notevole, anemia profonda, sudorazione e febbre nella notte, l'occhio «*égaré*» tipico di questi ammalati quando sono in preda a continuo sordo dolore che non lascia loro riposo, alla intossicazione d'assorbimento. Nell'agosto del 1922, dopo eseguita invano una cura marina di tre mesi, il P. mi si presenta con il gomito completamente invaso da larve di mosca, che fuoriescono dai tragitti fistolosi ed hanno pro-

vocata una dermatite intensa di tutta la regione. Febbre 39,8. L'inerzia ed apatia del P., l'incuria in cui viene lasciato dai parenti mi persuadono che non certo si sarebbero allarmati in modo speciale degli inconvenienti dell'apparecchio chiuso; se non altro avrebbe questo difeso l'articolazione malata da tutto quello che dal di fuori poteva nuocerle e sopratutto dalle medicazioni quotidiane. Immersione dell'arto per due ore in soluzione di lisolo al 5 %, detersione dei corpi dalle larve, scucchiaiamento di numerose granulazioni torpide protrudenti, apertura con sottile bisturi di una sacca marciosa sotto l'olecrano, instillazione di liquido del Durante. Chiusura in apparecchio gessato come sopra descritto, comprendente la spalla e la mano. Non vedo più il P. per un mese. So che egli è felicissimo, perchè non sente più dolore e sopratutto perchè non è più medicato. Si ripresenta il 24 settembre. L'apparecchio è imbevuto di pus e più non tiene, sopratutto perchè l'articolazione è meravigliosamente diminuita di volume (24 cm.).

Il paziente è cresciuto di quattro kg.; non ha più febbre e *vuole assolutamente essere di nuovo ingessato*. I tramiti fistolosi sono ancora ampiamente aperti. Scucchiaiati, vengono liberati da detriti ossei che vi sono impegnati.

Tengo in osservazione per 24 ore l'arto sostenuto da una doccia provvisoria con grandi proteste del malato che desidera l'apparecchio subito. Il giorno dopo ripulitura con etere della regione malata. Nuova iniezione di liquido Durante e chiusura in apparecchio gessato. Dopo 40 giorni il P. viene a trovarmi solo in bicicletta per il rinnovo dell'apparecchio macchiato. Gomito in condizioni quasi normali, fisso ad angolo di 41°, non più dolente. Il P. in condizioni floridissime pratica contemporaneamente una cura di olio di merluzzo. I tramiti fistolosi piccolissimi, pochissimo secernenti. Si rinnova l'apparecchio altre due volte.

15 aprile 1923. Tolto definitivamente l'apparecchio, l'articolazione appare guarita in anchilosi. Arto bene usufruibile.

OSSERVAZIONE III. — V. M., d'anni 5, da Cesena. Artrite specifica del ginocchio. Operata due anni fa. Sulla cicatrice operatoria al lato esterno si è aperta una piccola fistola. Articolazione tumefatta, dolente; arto in flessione, condizioni generali scadenti. 10 settembre 1922; trattamento secondo il metodo Solieri, previa estensione dell'arto in eteronarcosi. Apparecchio completo dall'anca al piede. Viene rinnovato quattro volte a distanza da un mese a quarantacinque giorni.

21 aprile 1923. Guarigione clinica della lesione. Viene applicata una ginocchiera in celluloide movibile della Ditta Brighenti di Bologna.

OSSERVAZIONE IV. — C. M., d'anni 17 da Cesenatico, 4 luglio 1922. Osteo-artrite tbc. del ginocchio sinistro con vasto ascesso fluttuante; ginocchio enormemente disteso e dolente, edema periarticolare del terzo inferiore della coscia. Arto flesso.

Temperature elevatissime. Condizioni generali gravi. L'esame radiografico laterale esterno svela: carie dell'estremità inferiore del femore per circa 8 cm. con numerosi sequestri interessanti i 2/3 dell'epifisi e per metà la diafisi. Etero-narcosi. Incisione posteriore sul margine esterno. Svuotamento di grande quantità di pus. Estrazione di sequestri e raschiamento col cucchiaio dell'osso malato. Iniezione nell'articolazione, previo svuotamento del liquido siero fibrinoso, di soluzione Durante. Raddrizzamento dell'arto che viene messo in apparecchio a larga finestra posteriore, per 15 giorni, per il drenaggio della ferita operatoria. Poi apparecchio chiuso totale dall'anca al piede. Viene rimosso per tre volte ogni 20 giorni. Poi altre due volte a distanza di un mese. Ultimo apparecchio tolto il 16 aprile 1923. Guarigione clinica della lesione e possibile un movimento di flessione di 10-12°. Controllo radiografico 18 aprile 1923: stato di profonda decalcificazione dell'epifisi e diafisi femorale sinistra. Lungo la linea periostea scomparso ogni segno di avvallamento. Assenza assoluta di sequestri ossei. La paziente cammina senza apparecchio; condizioni generali floridissime.

OSSERVAZIONE V. — P. T., Casale di Cesena, d'anni 10. Coxite tbc. destra con numerosi seni fistolosi, articolazione quasi immobilizzata ed arto leggermente flesso sul bacino. Osteoartrite tibioastragalica fistolizzata dallo stesso lato. Entra in cura il 14 settembre 1922 dopo il soggiorno al mare. Etero-narcosi. Raschiamento dei tragitti fistolosi. Grande apparecchio gessato che fissa l'arto in posizione corretta.

Il P. ritorna dopo tre mesi, avendomi sempre tenuto informato sulle sue condizioni generali. L'apparecchio ha resistito benissimo, appare soltanto largamente chiazzato all'anca e al piede. Cattivo odore modico. Completamente chiuso il tramite fistoloso che si apriva all'inguine, piccolissimo quello della regione glutea. Condizioni floride: rinnovo l'apparecchio senza speciali interventi tranne un bagno generale e pulizia dell'arto con alcool su semplice tricot molto grosso senza cotone. Do permesso al paziente di camminare. 23 aprile 1923. Tolto l'apparecchio: fistole completamente chiuse, arto ben fisso non doloroso. Si modella il negativo per l'applicazione di un apparecchio per coxite in celloidina sistema Brighenti.

OSSERVAZIONE VI. — G. R., da Cesena, anni 6. Coxite tbc. fistolizzata sinistra con tramite aprentesi al lato esterno dell'articolazione posteriormente, a quattro cm. dal grande trocantere.

Secrezione modica; da un anno e mezzo in Coxite tbc fistolizzata sinistra con tramite 1922. Rinnovo l'apparecchio completamente chiuso seguendo esattamente le indicazioni del metodo Solieri. L'apparecchio viene portato due mesi. Il bambino visitato ogni 15 giorni non si è mai lamentato di disturbi alla regione, benchè dopo la terza settimana il gesso apparisca già permeato di pus alla regione trocanterica. Rinnovo l'apparecchio dopo 60 giorni. Il pus è corso lungo la faccia esterna della coscia sino al malleolo. La cute vi appare leggermente arrossata, non però macerata. Lo sbocco del tramite del focolaio specifico è grande come una capocchia di spillo, non vi si penetra che con uno specillo sottilissimo. Rinnovo l'apparecchio senza speciale trattamento dopo semplice bagno generale e pulizia

locale con alcool. Non cotone ma tricot molto grosso. 12 aprile 1923 ossia dopo 4 mesi tolto anche questo apparecchio: guarigione completa. Si rinnova l'apparecchio chiuso che porterà fino al giugno epoca in cui sarà sostituito da un apparecchio movibile in celloidina per seguire la cura marina.

Osservazione VII. — G. M., da Longiano, anni 12. Gonartrite tbc. destra. Operato due anni fa con fistola aprentesi sulla cicatrice. Articolazione in flessione. Entra in cura il 4 dicembre 1921. Eteronarcosi; raddrizzamento dell'arto ed applicazione di apparecchio gessato finestrato. Tale apparecchio viene rinnovato ogni due mesi, perchè, malgrado la finestratura lo scolo del pus veniva a macerare le parti posteriori e declivi dell'apparecchio. 2 ottobre 1922. La fistola permane, mantenendosi uno stato di edema infiammatorio locale; tumefazione del lato esterno dove si apre il seno fistoloso. Apparecchio chiuso secondo Solieri che viene rimosso dopo un mese e rinnovato. Alla fine di marzo si ha scomparsa di ogni fatto locale ed un'ottima artrodesi. Applicazione di un ginocchiello di sostegno in celluloide.

Osservazione VIII. — B. S., di anni 14, da Cesenatico. Artrosinovite tbc. del gomito sinistro; sacca suppurata al lato cubitale. Temperature pomeridiane elevate. Condizioni generali scadenti; ammalato da sette mesi, entra in cura il 5 novembre 1922. Arto esteso dolente; articolazione edematosa. Eteronarcosi, aspirazione con un tre quarti di pus cremoso. Messa in posizione a 40° del gomito e fissazione in apparecchio chiuso; questo viene tolto dopo 15 giorni e rinnovato perchè all'angolo della piegatura l'apparecchio si è macerato. Dopo 45 giorni notasi piccola fistola al lato ulnare dell'articolazione, che appare completamente libera da processo infiammatorio locale. Semplice pulizia all'etere della parte. Rinnovato l'apparecchio che permane fino al 19 marzo. Guarigione in buona fissazione dell'articolazione.

Osservazione IX. — S. A., d'anni 28, da Roncofreddo, entra in cura il 2 ottobre 1922. Da cinque anni sofferente di coxite tbc. sinistra con piccola fistola alla faccia anteriore in vicinanza della piega inguinale a scarsa secrezione, articolazione dolente; movimenti impossibili. Processo osteo-articolare del tarso dello stesso lato con tramite fistoloso al disotto del malleolo esterno, localmente granulazioni torpide. Secrezione sierofibrinosa abbondante, edemi ai malleoli ed al dorso del piede. Sotto il malleolo interno piccola raccolta fluttuante che viene aperta con sottilissimo bisturi e vuotata per pressione. Apparecchio grande gessato comprendente il piede. Si permette la deambulazione. Tolto l'apparecchio dopo 4 mesi, chiusura della fistola all'inguine; al piede permane il tramite fistoloso esterno, se ne estrae col cucchiaio un piccolo sequestro. Iniezione locale di liquido del Durante. Rinnovato l'apparecchio su grosso tricot e senza cotone. Tolto il 2° apparecchio il 28 aprile 1923. Condizioni generali ottime, il tramite fistoloso unico, che persiste sotto il malleolo esterno, geme scarso liquido sieroso, limpido ed è ridotto alla grandezza di una capocchia di spillo. Piede in condizioni ottime. Si rinnova l'apparecchio grande gessato completamente chiuso.

I casi riferiti non sono molti, ma ho voluto riportarli perchè appartengono tutti a quella clientela che forma la maggioranza di tali malati nella pratica giornaliera di ogni medico.

Pazienti a scarsa potenzialità economica, pur non sussidiabili da Enti Pubblici, impossibilitati perciò a soggiorni ospedalieri anche relativamente lunghi, impossibilitati a chiedere al medico la frequente medicazione per la stessa ragione economica o per la distanza a cui abitano ed affidanti le loro piaghe all'assistenza dei famigliari (l'osservazione II, ci dà un esempio di quello che essa possa valere). Uno scettico del metodo può ben affermare che risultati eguali avrei ottenuto col metodo sanatoriale, colla cura solare, che il valore che può avere un apparecchio chiuso per l'immobilizzazione assoluta della parte malata ogni ortopedico l'ottiene con un ben costruito apparecchio gessato su cui egli può praticare qualsivoglia fenestratura. Eccetto, per la prima osservazione i miei pazienti nella maggioranza provarono il metodo durante il periodo settembre-aprile quando per essi non era possibile una cura elioterapica regolare e ritenni che il chiudere l'apparecchio potesse appunto giovare ad isolare la piaga dal pericoloso ambiente della stalla, che per essi nella stagione invernale rappresenta l'ambiente di abituale dimora. Per me il grande valore del metodo Solieri sta sopratutto nella prova da esso data che anche i processi tubercolari aperti risentono dei grandi vantaggi che offre il trattamento di copertura e d'isolamento continuato analogamente a quanto il Bynton ha confermato nei processi di torpida epitelizzazione e di esuberante granulazione di vaste piaghe cutanee segnatamente da varici. Quello che Bynton ottiene coll'embricatura di cerotto, Solieri ottiene coll'apparecchio gessato, che gli dà, oltre che la perfetta immobilizzazione che agisce sul processo articolare, l'azione meccanica di compressione diretta che provoca il disfacimento del tessuto esuberante, la stimolazione al processo di riparazione.

E valgami il seguente caso:

Z. P., d'anni 5, da Gatteo, affetto da manifestazioni scrofulari multiple, glandulari, della congiuntiva, cutanee diffusissime. Il piccolo nell'ottobre decorso si frattura cadendo il femore al terzo inferiore dell'arto sinistro. Sull'arto offeso alla faccia interna della coscia, al terzo medio tibiale, al dorso del piede presenta varie scrofulidi ulcerate. In eteronarcosi procedo alla riduzione della frattura ed alla contenzione in grande apparecchio gessato, riservandomi nel caso di procedere alla fenestratura nei singoli punti delle piaghe, ove ne

avessi avuto allarme dall'apparire di macchie di pus. Il bimbo non mi ritorna che dopo 40 giorni in tempo per levare definitivamente l'apparecchio che appare segnato qua e là da macchie corrispondenti ai focolai di tubercolosi cutanea. Ebbene con mia grande meraviglia oltre alla perfetta guarigione ortopedica della frattura *constatai la guarigione delle soluzioni di continuità scrofolose*, mentre nell'altro arto, alla spalla, alle braccia, allo sterno apparivano invariate.

Il Leo nell'ultimo Congresso di talassoterapia di Venezia, comunicava importantissime osservazioni sulla stasi linfatica temporanea che l'elioterapia provoca nei tessuti infetti da focolai specifici chiusi o aperti. L'O. illustrò il fatto che dopo le prime esposizioni la parte malata presenta notevole edema se la forma è chiusa; notevole linforrea se la forma è aperta. Questi fenomeni noi osserviamo intensissimi anche nelle cure di sole artificiale già dopo la prima applicazione della lampada. Io ho osservato che l'effetto più sorprendente della prima applicazione dell'apparecchio chiuso Solieri è la scomparsa del gonfiore ed edema della parte, dovuta appunto alla aumentata fuoriuscita di liquido dai seni fistolosi così che il primo apparecchio si macera con rapidità e deve essere presto cambiato. E direttamente con questa linforrea è in ragione la scomparsa dei dolori anche i più tenaci, così che rende accetta la cura anche ai malati più intolleranti malgrado gli inconvenienti, dirò così, appariscenti, del cattivo odore e dell'aspetto poco gradito che assume l'apparecchio. Questa stessa reazione di iperlinforrea può spiegare il fatto che alcuni chirurghi si scoraggiarono del metodo perchè l'apparecchio chiuso, applicato ad una forma di osteo-artrite appena chiusa o su focolaio cicatrizzato da recente atto operativo aveva provocata la riapertura sulla cicatrice di un punto di secrezione. Tale fatto l'ho constatato io pure nelle cure elioterapiche. Certamente ad una seconda applicazione di apparecchio chiuso avrebbero visto scomparire la fistola necessariamente formata a scarico del liquido linfatico aumentato per l'azione meccanica terapeutica dovuta al primo apparecchio. Ma quello stesso impacco di sostanze emesse dal focolaio non si può ammettere forse che debba agire anche in forza di una sua azione autosieroterapica percutanea?

Il Leo ammette ciò nelle cure elioterapiche.

Col metodo del chirurgo di Forlì ho avuto risultati ottimi anche senza l'introduzione del liquido Durante (osservazioni 5-6-8), limitandomi alla semplice pulizia esterna con alcool o etere.

Riassumendo:

a) La cura ideata dal Solieri del trattamento chiuso delle forme osteo-articolari aperte deve essere provata in tutti i casi che appaiono ribelli ed ostinati e *sempre* prima di ricorrere all'atto di demolizione sopratutto dove hanno fallito il sole ed altre cure sanatoriali ed ospedaliere.

b) Deve essere metodo d'elezione del medico pratico per tutti quei clienti che non possono beneficare delle cure sanatoriali ospedaliere e di assistenza continua.

c) Deve essere provato largamente per quel controllo che il Solieri stesso invoca a diffondere un trattamento di cui sopratutto possono beneficare i più poveri per la sua efficacia, per la sua innocuità, per la facile applicazione e l'economia.

NOTE E CONTRIBUTI.

La febbre di Malta in Romagna

per i dottori MAGNANI G. e MORANDI S.

Con la presente nota non intendiamo certo portare un contributo scientifico allo studio di una forma morbosa così ben conosciuta nel suo agente eziologico e nel suo decorso clinico e che ha interessato e interessa ricercatori forniti di migliori e più numerosi mezzi e di maggiore competenza; ma solamente vogliamo segnalare ai pratici la presenza e la frequenza di una forma morbosa, di origine certamente autoctona, e che quasi nessuno pone in campo fra le varie discriminanti cliniche in questa regione, e rilevare, se il numero esiguo dei casi lo permette, come la melitense qui si manifesti con certe modalità costanti di decorso, di guisa che la sua variabilissima sintomatologia è riducibile a due tipi clinici ben caratterizzati. Questo rientra in una legge biologica generale: come in individui diversi lo stesso germe non dà manifestazioni identiche, avendosi dei malati e non delle malattie, così una stessa forma morbosa può assumere aspetti clinici differenti da regione a regione, per tutte quelle condizioni che possono variarne i due fattori: sia il germe che l'uomo.

In una zona, comprendente cinque frazioni del Comune di Cervia, con circa 5000 abitanti, abbiamo potuto riscontrare tre casi di febbre di Malta nell'anno 1922, e poi, fissata l'attenzione su questa forma morbosa, riconoscerne e accertarne sierologicamente altri 7 casi dal marzo al giugno 1923; reperto questo per frequenza non trascurabile. Non riportiamo per ragione di brevità tutte le storie cliniche, molto uniformi del resto.

I dieci casi studiati non costituiscono una epidemia unica, giacchè si sono verificati in condizioni di tempo e sopratutto di luogo molto diverse e assolutamente indipendenti fra di loro; e non sono forme importate, poichè i malati non hanno mai abbandonato il paese, nè avuto commercio con provenienti da zone infette. Vi debbono essere quindi focolai morbigeni indipendenti e locali.

Quattro dei dieci malati sono pastori; era logico quindi ricercare se nelle loro gregge si trovasse qualche animale infetto. Su centoventotto ovini esaminati, appartenenti a tre gregge (il quarto non fu potuto studiare), si è trovata la sierodiagnosi positiva per la melitense, fino a forti diluizioni, nel siero di sangue e in quello di latte di tre pecore. Due delle tre gregge erano composte in parte di capi indigeni e in parte di capi provenienti dalle Alpi (P. di Brescia); di zone quindi che si ritengono immuni per la melitense. Il terzo proveniva in parte dall'Italia meridionale; però non ha mai avuto alcun rapporto con le due precedenti, che pure ànno rivelato due capi infetti. Si può quindi ritenere che anche gli ovini nostrani sono portatori del micrococco (2.50 %).

Negli altri casi, nei quali non è dimostrabile la fonte infettiva, si pensi che è relativamente facile la possibilità di una trasmissione indiretta, tanto più che da noi le gregge pascolano abusivamente in genere lungo le strade e si soffermano vicino agli abitati. Inoltre la grande diffusione della pastorizia, che in questi ultimi anni da noi si è moltiplicata, spiegherebbe la relativa frequenza attuale della malattia, prima forse molto rara.

Come mezzi di trasmissione: il latte, i formaggi, gli insetti ematofagi e le verdure di campo crude, eventualmente infettate da animali pascolanti e molte volte lavate solo in acque di fosso, dove nei mesi estivi le gregge si recano all'abbeverata.

Quanto al decorso clinico, tutti i malati hanno presentato un quadro sintomatologico piuttosto uniforme e costante e in tutti sono mancate certe manifestazioni che si riscontrano di frequenza nei luoghi dove la malattia è endemica.

È possibile distinguere due tipi: uno grave e uno lieve, ambulatorio. La forma grave insorge bruscamente, con scarsi sintomi prodromici, ed è caratterizzata o da febbre continua altissima (39°-41°), con scarse ed irregolari remissioni del tipo delle subcontinue o da una subentrante con irregolari intermittenze di poche ore. Lo stato generale del paziente si mantiene buono e contrasta con l'elevata temperatura. Coesistono sintomi gastro-intestinali a tipo tifoso, polso molle e raro, specie in principio, e costantemente segni di bronchite lieve diffusa, con localizzazioni più spiccate ed iniziali alle basi. Tale periodo dura 10-12 giorni, dopo i quali la temperatura diviene spontaneamente ondulante nelle 24 ore. Si passa così a un secondo periodo, identico alla forma ambulatoria primitiva.

Questa insorge subdolamente. La febbre vi è intermittente varie volte nella giornata, raggiunge i 38°-39°, e facilmente non viene avvertita dai malati che non sentono il bisogno e non vogliono tenere il letto.

In nessun caso si è notato il tipo a larghe ondulazioni settimanali e anche in quelli a decorso più mite i periodi di apiressia sono sempre stati di poche ore; solo una volta si osservarono due intermittenze di qualche giorno. Costanti e caratteristici sempre: la sudorazione profusa ripetuta più volte nelle 24 ore e non accompagnata da sensazione di malessere, la mancanza di brividi notevoli all'inizio degli accessi febbrili, il dolore reumatoide alla nuca e ai lombi. Non si sono mai osservate tumefazioni articolari, porpore, orchiti, otiti, forme maniache, periostiti, che pure sono date per frequenti.

Notevole sempre il tumore di milza e di fegato. Nelle urine mai albume nè cilindri; sempre presente invece la bilirubina che denuncia una disfunzione della cellula epatica. All'esame del sangue si è rilevato costantemente una anemia a tipo clorotico, una leucopenia spiccata con mononucleosi evidente e diminuzione degli eosinofili. In tre casi l'attenzione degli osservatori è stata attirata dalla presenza di granulazioni azzurrofile nelle cellule linfoidi, grosse e disposte a guisa di zolle. Questo reperto non è costante e forse lo si deve attribuire a stimolazioni speciali dei medicamenti usati.

Le forme con le quali si è dovuto porre il diagnostico differenziale sono: nel tipo grave: il tifo, la tbc. miliare, la sepsi, la malaria perniciosa; nel tipo lieve o ambulatorio: le febbri cripto-tubercolari, le suppurazioni profonde iniziali, il tifo ambulatorio, la malaria cronica.

Per la tifoide stanno il polso raro e i sintomi gastro-intestinali; ma contro di questa la mancanza di stato tifoso, la sudorazione profusa, la curva termica e la formula leucocitaria che, pur con leucopenia, dà mononucleosi in luogo di linfocitosi.

La mancanza di lesioni renali, di porpora, di localizzazioni articolari ed endocardiche, la

leucopenia ed il buono stato generale dei pazienti stanno contro la sepsi.

Contro la malaria l'assenza di parassiti in esami ripetuti e la nessuna influenza del chinino. Però le due infezioni possono coesistere in atto, come in un caso in cui si trovarono ad inizio di malattia gli ematozoi della terzana (p. vivax) nel sangue circolante. È bene ricordare che la formula leucocitaria può trarre in inganno, giacchè è identica nella malaria e nella melitense. In questa ultima però scarseggiano sempre gli eosinofili, che nei malarici qualche volta sogliono essere in aumento. Inoltre mentre nei malarici durante l'accesso febbrile si può riscontrare una certa leucocitosi neutrofila, nei malati di melitense invece si è sempre trovata leucopenia con mononucleosi in qualunque momento siano stati esaminati.

Con la febbre tubercolare è più difficile la differenziazione, giacchè una anamnesi e una pregressa cutireazione potisive, acicoli ghiandolari ingrossati, differenze plessimetriche lievi fra i due apici sono segni molto frequenti e possono forviare l'osservatore; la sierodiagnosi sola può allora chiarire il quadro morboso.

Se gli osservatori hanno potuto identificare la malattia con relativa precocità, lo si deve al fatto che, dopo il primo caso, si è praticata sistematicamente, insieme alle altre, anche questa ricerca clinica in tutti i malati con sintomi non ben definiti. Questa ricerca è sempre positiva fra il 15° e 20° giorno di malattia, molte volte già fin dal 5° e 6° giorno; in qualche caso, se negativa, può risultare fortissimamente positiva a sole 24-48 ore di distanza.

Il vaccino diagnostico dell'I. S. Milanese, che è alla portata anche di chi non à mezzi di laboratorio, si dimostra in questa malattia prezioso e di sensibilità squisita. Non occorre attenersi alle basse diluizioni consigliate nell'istruzione annessa (1/25-1 %), conviene invece spingere la prova fino all'1/500, all'1 ‰. Le basse diluizioni non dicono nulla, giacchè individui con tubercolosi fibrosa o altre lesioni specifiche e in buone condizioni generali dànno una agglutinazione paraspecifica fino all'1/50-1/70. È vero però che questa pseudoreazione si distingue abbastanza bene, perchè non è completa e non è preceduta nè dalla flocculazione a grossi grumi, nè da quella a fiocchi minutissimi, che dà al liquido una speciale rifrangenza, per cui è possibile leggere l'esito della prova ancor prima che si formi il sedimento. Ad ogni modo il valore specifico della reazione comincia all'1 ‰.

La terapia specifica à sempre, in tutti i casi, risposto allo scopo, in modo diverso però nei due tipi di malattia. Le forme lievi, tipo ambulatorio, risentono, specie se vecchie di qualche tempo, sempre e potentemente l'uso del siero specifico, cui segue rapida apiressia completa o quasi. Le forme gravi, pur risentendo meno l'effetto della cura col siero, migliorano molto e passano bruscamente, il più delle volte in 24 o 48 ore, alla forma che abbiamo chiamato a tipo ambulatorio.

In questa seconda forma qualche volta la febbre può persistere nonostante le cure fino a due mesi e più, non recando però troppo disturbo al malato il quale può persino attendere alle sue occupazioni anche se gravose.

Per la guarigione definitiva per lo più si è reso necessario il vaccino.

Ad ogni modo si è sempre iniziata la cura col siero, poichè questo dà minore reazione e risultati immediati imponenti, anche se non completi; fatto che non è da trascurare, poichè, trattandosi di malati nei quali la diagnosi vien posta dopo un certo tergiversare e a volte in ritardo, si risolleva in tal modo nel malato la fiducia verso il medico e l'opera sua.

Per la sieroterapia le dosi che ànno dato miglior risultato sono state le massive: 20-30 cmc. ripetuti ogni otto o dodici ore per tre o quattro volte.

Per la vaccino-terapia è bene notare che l'I. S. Milanese pone in commercio scatole di 12 fiale con 4 serie di tre iniezioni uguali ciascuna; da 50, 100, 300, 500 milioni. Solo quando l'iniezione provoca violenta reazione segue l'effetto teraputico voluto. Ora già le dosi minori sono qualche volta, nelle forme a tipo ambulatorio, sufficenti a provocare la guarigione; però spesso, specie nell'altra forma, la benefica reazione manca e allora è bene salire progressivamente e rapidamente, iniettando due o più fiale, fino a un miliardo o due di germi.

Non sarebbe inopportuna la preparazione di fiale contenenti in un cmc. queste quantità.

In un caso che sembrava reagire poco, alla terapia vaccinica si è associata l'autoemoterapia con buon risultato.

Concludendo: le pecore e le capre anche nella nostra regione sono portatrici del micrococco di Bruce, in proporzione del 2.50 %.

Il tipo febbrile usuale è una intermittente a ondulazioni quotidiane e qualche volta, in principio, una continua.

La sierodiagnosi è precoce anche a fortissime diluizioni col vaccino diagnostico dell'I. S. M.

La terapia specifica influenza sempre in modo rapido e imponente la malattia.

Cervia (Ravenna), 16 luglio 1923.

BIBLIOGRAFIA.

ASCOLI V. *La malaria.* Casa ed. Torinese.
ARCANGELI U. *Le febbri cripto-tubercolari.* Policlinico, S. P., n. 11, 12, 1923.
HEICORST. *Patologia medica.* Casa Ed. Milanese.
MANSON. *Malattie dei climi caldi.* Idem.
MONDOLFO E. *Le granulazioni azzurrofili, ecc.* Rif. Medica, a. 29, n. 42.
FIORITO I. *Verdure e germi.* Studium, n. 4, 1923.
FERRATA. *Le Emopatie.* Casa Ed. Milanese.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Paralisi respiratoria della laringe.

(LERMOYEZ e RAMADIER. *La Presse Médicale,* 13 gennaio 1923).

A differenza della paralisi fonatoria della laringe, che è la espressione di una impotenza funzionale, una abulia della fonazione, la paralisi respiratoria rappresenta il risultato di una lesione organica dei centri bulbari della respirazione, traducentesi clinicamente con una dispnea inspiratoria continua e con accessi di soffocazione saltuari, senza alcuna alterazione della voce; obbiettivamente con la adduzione permanente delle corde vocali in posizione paramediana. Tale quadro, noto sotto il termine di sindrome di Gerhardt, si conclude o con la morte improvvisa in una crisi di soffocazione, o con una tempestiva tracheotomia, che è buona regola non mai ritardare. La guarigione è apparsa in tutti i casi ipotetica. Ciò perchè la etiologia della paralisi respiratoria della laringe fu sempre misconosciuta, o meglio erroneamente attribuita alle cause morbose più svariate, senza pensare che la lesione contemporanea dei due nervi ricorrenti, a parte i casi di taglio traumatico o di compressione neoplastica mediastinica, eccezionalissimi, non può aver sede che nei centri bulbari. E l'agente nocivo per eccellenza dei centri bulbari è la sifilide. Quindi, come consigliano gli autori, di fronte a ogni caso di paralisi dei dilatatori della laringe, bisogna *a priori* supporre la sifilide, senza preoccuparsi delle notizie anamnestiche, nè delle eventuali lesioni concomitanti di natura indubbiamente luetica.

La coesistenza di una ectasia aortica non è rara, poichè le due malattie procedono da un medesimo substrato patologico; ma è grave errore mettere entrambe le affezioni in rapporto di causa ed effetto, in quanto, su basi anatomiche, non è possibile la paralisi della corda vocale destra da ingrossamenti della principale arteria. Così pure la anisocoria, ritenuta in passato come dipendenza meccanica dell'azione di una ectasia aortica sul simpatico e dimostrata invece di origine nettamente luetica quando accompagna un aneurisma, è un complemento più che probativo della natura sifilitica della paralisi respiratoria glottidea, allorchè ad essa si associa.

Ma quale è la sede e la forma anatomo-patologica della alterazione elementare specifica che porta alla sindrome di Gerhardt? Gli AA., dopo avere scartato le ipotesi di una localizzazione corticale, di una meningo-vascolarite e di una nevrite periferica, che sono assolutamente infirmate dalla bilateralità della lesione laringea, si rapportano alla possibilità di una localizzazione prettamente bulbare, di una mielite sifilitica amiotrofica di origine vascolare dei centri dilatatori della laringe, cioè dei nuclei ambigui, che si trovano profondamente situati nel parenchima bulbare (*polioencefalite parziale del nucleo ambiguo*).

A parte la impossibilità perdurata sino ad oggi di controllare anatomo-patologicamente la natura della paralisi respiratoria laringea, poichè mancano del tutto reperti necroscopici, appoggiano il criterio dell'origine sifilitica le reazioni biochimiche sul siero di sangue e sul liquido cefalo-rachidiano e le prove *ex juvantibus.* Naturalmente le prime sono spesso incerte e le seconde spesso dannose. In realtà, se si deve seguire il concetto così assolutista degli AA. sulla etiologia della paralisi dilatatoria delle corde vocali, trattandosi di lues, occorre anche, se non rivelata dalle ricerche di laboratorio, combatterla precocemente, rapidamente ed energicamente. Ma *cum grano salis.* Si sa che la sifilide nervosa non solo non risente dell'azione dell'arsenobenzolo in dosi blande e usato isolatamente, ma molte volte ne prende fomite a progressi disastrosi. Gli ioduri lasciano in tali casi costituzionalmente il tempo che trovano e localmente, con il provocare l'edema reattivo faringo-laringeo, peggiorano le condizioni respiratorie ed espongono fatalmente alla asfissia. Resta il mercurio, elettivamente sotto forma di cianuro e per via intravenosa, se non a migliorare per sua propria efficacia la malattia, almeno a mettere l'organismo in istato di disposizione favorevole a ricevere gli arsenobenzoli, da somministrarsi a tempo opportuno in quantità non blande e per periodi prolungati, qualora l'azione non si faccia presto risentire.

AURITI.

Stridor nei lattanti e nei piccoli bambini.

(K. HOCHSINGER. *Wien. Klin. Wochenschrift*, n. 41, 1923).

Le forme di stridor respiratorio che si osservano esclusivamente nella primissima età infantile sono lo stridor *inspiratorius congenitus*, il gemito espiratorio dei lattanti, la broncotetania dei lattanti e piccoli bambini, e i disturbi respiratori determinati dall'ascesso retrofaringeo e dal pseudo crup. Lo stridor è inspiratorio quando la stenosi che lo determina risiede al disopra della biforcazione tracheale, espiratorio se risiede al disotto. Lo stridor *inspiratorius congenitus* si manifesta in lattanti nei primissimi mesi di vita. Di solito esso non è congenito, ma si manifesta improvvisamente nei primi giorni o nelle prime settimane di vita (ciò esclude ch'esso possa dipendere da una malformazione del laringe). L'inspirazione di questi lattanti, che sono del resto completamente normali, è costantemente accompagnata da un rumore rantolante o gorgo gliante udibile a distanza. Di solito questo disturbo dura soltanto alcuni mesi. Lo stridor si intensifica se i lattanti si agitano; la voce del pianto è del tutto normale, i lattanti presentano soltanto leggera tosse e lievi rientramenti inspiratorii al disopra e al disotto dello sterno.

Questa forma di stridor, del tutto innocua, si distingue facilmente da quella forma determinata da affezioni catarrali delle vie aeree inferiori, in cui i rumori sono sibilanti e legati all'espirazione. I lattanti che presentano uno stridor in seguito ad affezione delle vie aeree profonde, sono inoltre molto sofferenti, dispnoici e cianotici. Lo stridor *inspiratorius congenitus* è identificato dall'A. con lo stridor *thymicus:* esso dipenderebbe dalla compressione esercitata dal timo sulla trachea (lo spazio compreso tra la faccia posteriore del manubio sternale e la colonna vertebrale, spazio in cui giacciono la trachea, l'esofago, i grossi vasi e il timo ha nei neonati e nei lattanti un diametro di soli 2 cm.). I lattanti che presentano lo stridor *inspiratorius congenitus* presentano spesso all'esame clinico ed all'esame radiologico un ingrossamento del timo (alla percussione ipofonesi che sorpassa i margini dello sterno specialmente verso sinistra, talvolta timo palpabile dal giugulo, alterazione della ombra roentgenologica). Neppure nei casi in cui lattanti affetti da stridor non presentano questi segni di un ingrossamento del timo si può escludere una compressione di esso sulla trachea, perchè l'aumento di spessore del timo (che sfugge all'esame clinico e radiologico) non va sempre di pari passo con l'ingrandimento dei confini dell'organo. Stridor *inspiratorius* e asma timico non sarebbero che due gradi diversi della compressione del timo sulla trachea. Questa ipotesi è dimostrata esatta dal fatto che lo stridor *inspiratorius* guarisce in seguito all'irradiazione del timo.

Una seconda forma di stridor caratteristica della prima età è il gemito espiratorio, che nel primo anno di vita è un segno sicuro di tubercolosi delle glandole tracheo-bronchiali. È un rumore ansimante, che accompagna la intera espirazione. La frequenza respiratoria è normale. Il rumore è dovuto alla compressione di un bronco principale (di solito il destro) da parte di una glandola ingrossata e caseificata. Il gemito espiratorio non compare mai prima del secondo mese; di solito esso si osserva soltanto nel secondo quadrimestre. È spesso preceduto da un periodo di tosse secca. Lo stridor si accentua se il lattante si agita, si attenua nel riposo e nel sonno. Col progredire dell'affezione tubercolare aumenta la compressione e si manifestano dispnea, agitazione e cianosi. La cutireazione assicura la diagnosi, che però è possibile fare in base al solo gemito espiratorio.

Nel corso della tetania si può manifestare uno spasmo bronchiale, ciò che determina un rumore che accompagna tanto l'inspirazione quanto l'espirazione; esso è però più intenso durante l'espirazione. Esistono sempre notevole dispnea e rientramenti al torace. La percussione rivela ipofonesi in alcune zone del torace, suono alto di scatola in altre. Il disturbo respiratorio dipende da una contrattura tetanica della muscolatura bronchiale.

L'affezione può venir confusa con una polmonite, con una bronchite capillare, con una bronchite asmatica, e con l'asma bronchiale. L'asma bronchiale vero non si osserva mai nel lattante. È invece relativamente frequente la bronchite asmatica (gravi stati di tumefazione della mucosa bronchiale nel corso di un catarro acuto delle vie respiratorie di solito grippale). La bronchite asmatica si differenzia dalla bronco-tetania perchè accompagnata da intensa cianosi e da enfisema acuto dei polmoni (scomparsa dell'ottusità cardiaca, abbassamento dei limiti polmonari, permanente posizione inspiratoria del torace). Facilitano la diagnosi di bronco-tetania gli altri segni di spas-mofilia. La bronco-tetania può talvolta simulare un'affezione infiammatoria acuta dei polmoni; essa può venire accompagnata da febbre elevata, e nei territori atelettasici si può ascoltare il respiro bronchiale (l'esame radiologico rende solo possibile la diagnosi).

Si deve inoltre pensare alla possibilità di una polmonite sviluppatasi in un rachitico tetaniaco. In questi casi la diagnosi è indifferente per la terapia che consiste in iniezioni analettiche, e in inalazioni di ossigeno. L'A. crede che i casi di asma bronchiale puro in bambini al di sopra dei 2 anni riferiti nella letteratura sieno casi di bronco-tetania.

È molto importante il riconoscere lo stridor determinato nel lattante da una linfoadenite retrofaringea. I lattanti non riescono a deglutire, l'inspirazione è accompagnata da un rumore gorgogliante e la voce assume un timbro nasale e palatino. Questi sintomi devono indurre a ricercare col dito introdotto nel faringe, la linfoadenite retrofaringea. L'apertura chirurgica dell'ascesso salva il bambino dalla soffocazione.

Lo stridor che si manifesta nello pseudocrup dei piccoli bambini è un suono asciutto, a rumore di sega. Questo stato si differenzia dal crup difterico per il suo inizio improvviso, per il raffreddore che lo ha preceduto, per l'esistenza di intervalli tra l'espirazione e la inspirazione successiva e per il fatto che una pressione esercitata dal pollice sulla cartilagine tiroide attenua lo stridor.

POLLITZER.

CHIRURGIA.

La pielotomia allargata

(G. MARION. *Journal d'Urologie*, vol. 13).

L'A. insiste sulla differenza considerevole che vi è dal punto di vista prognostico operatorio tra quelle operazioni per calcolo renale nelle quali si tolgono i calcôli incidendo il parenchima renale e quelle nelle quali si tolgono con la pielotomia.

La nefrotomia presenta una serie di rischi, che rende tale operazione sempre pericolosa: si tratta talvolta di emorragie immediate, che spesso è difficile frenare. Altra volta di emorragie secondarie che intervengono quando l'ammalato è già convalescente e nelle quali, onde salvare l'ammalato da certa morte, è necessario asportare il rene: sono noti inoltre quei fenomeni di setticemia fulminante, che tengono dietro all'incisione del rene, e che fanno soccombere l'ammalato in piena sindrome di insufficienza renale febbrile. Si conoscono inoltre quelle interminabili suppurazioni che rendono le guarigioni lunghe e penose.

Contrariamente a ciò la pielotomia si presenta come un intervento estremamente facile, estremamente benigno, che non lede in alcun modo il rene, che non espone ad alcuna emorragia, che non è mai seguito da fistola: si tratta insomma dell'operazione ideale per eccellenza.

Fino ad ora la pielotomia era esclusivamente riservata a quei casi in cui il calcolo era situato nel bacinetto. Da qualche anno però l'A. ha esteso le indicazioni di tale intervento anche a quei casi che prima erano operati con la nefrotomia. Ma per togliere tali calcoli l'A. è stato forzato ad ingrandire più o meno l'incisione della pielotomia incidendo parzialmente il parenchima ed è perciò che ha dato a questa operazione il nome di «*pielotomia allargata*».

L'A. riporta un caso in cui mediante tale operazione fu potuto asportare un grosso calcolo dell'altezza totale di otto centimetri e della larghezza di sette. Il decorso postoperatorio in tale caso fu dei più benigni.

In altri casi le incisioni del parenchima furono molteplici nel senso che l'incisione del bacinetto fu prolungata in alto ad Y.

L'asportazione di tutti questi calcoli fu sempre fatta nella maniera più semplice e fu seguita da una guarigione altrettanto rapida come nella pielotomia ordinaria.

Tecnica. — La tecnica della pielotomia allargata è delle più semplici: si esteriorizzi bene il rene, si riconosca il bacinetto, su di esso si pratichi l'incisione classica obliqua in basso e in fuori; poi si prolunghi l'incisione del bacinetto sul parenchima renale, guidandosi sul calcolo, la cui direzione è data, prima dalla radiografia ed in seguito dalla palpazione diretta.

L'incisione sul rene è prolungata fino a che si possa estrarre il calcolo senza rischiare di frammentarlo. A tale proposito l'A. consiglia che per estrarre calcoli a più branche è preferibile un incisione ad Y.

Facendo tale incisione è sempre lesa l'arteria retropielica. Tale sezione è sconsigliata da taluni chirurgi, ma l'A. afferma di averla sezionata più volte senza che ne siano derivati gravi danni. Del resto è certo che la sezione di una sola arteria come la retropielica è sempre preferibile alla sezione totale del rene e alla sua sutura consecutiva, cause queste di soppressione di un così grande territorio vascolare.

L'incisione del parenchima renale con la pielotomia allargata dà sempre scarsissime emorragie, tanto che non è mai necessario di praticare nemmeno una emostasi provvisoria come è indispensabile nella nefrotomia classica.

Quando il calcolo è tolto si pratica la legatura dei due capi dell'arteria retropielica, e si sutura in catgut la ferita renale: non vi è

bisogno di suturare la incisione del bacinetto nè di drenarlo.

Il decorso postoperatorio è così semplice come nella pielotomia la più banale. Le urine diventano presto normali e non si ha mai esito in fistola.

Indicazioni. — È ben vero che disgraziatamente tutti i calcoli non sono asportabili con questo metodo e secondo l'avviso dell'A. tale metodo è applicabile a quei calcoli del bacinetto che si prolungano nel rene in una sola direzione anche profondamente, e in quelli coralliformi che penetrano nel rene a una piccola profondità. È in tali casi che l'incisione deve essere praticata ad Y. L'A. incoraggiato dai risultati dei casi così operati si domanda se non sia possibile allargare ancor più i limiti dell'indicazione di tale intervento. Egli pensa infatti che anche dovendo praticare più incisioni sulla parete laterale del rene esse resterebbero sempre meno traumatizzanti e pericolose della incisione classica della nefrotomia che divide l'organo in due.

Naturalmente per fare una simile operazione è necessario di possedere una radiografia che dimostri nettamente il carattere del calcolo e non lasci alcun dubbio sulla sua forma, sulla sua direzione e sull'assenza di frammenti situati a distanza. BANI.

I ritardi della guarigione delle fistole soprapubiche nei prostatectomizzati. Cause e rimedi.

(R. BONNEAU. *Journal d'Urologie*).

La fistola vescico-cutanea, dopo la prostatectomia soprapubica è rara: si verifica appena nel 2 % dei casi. Di queste, parte sono dovute a cause che si potrebbero definire *vescico-uretrali*, cioè al persistere dell'ostacolo alla minzione (barriera cicatriziale del collo, adenoma enucleato incompletamente) ed alla ritenzione ed alla infezione vescicale consecutive.

Altre invece si producono indipendentemente da qualsiasi ostacolo all'emissione della urina e si possono attribuire a *cause vescico-addominali*, oggi tanto più frequenti in quanto che si lasciano decorrere settimane, mesi e talora anni tra un tempo e l'altro della prostatectomia. Una delle cause del ritardo nella chiusura della f. sp. del primo gruppo è dato dal persistere della *infezione della vescica* e quindi della piaga soprapubica. Ma non sempre esistono i segni classici locali e generali della infezione: talora non si riscontra che un semplice cattivo aspetto delle granulazioni carnose.

In queste circostanze ogni tentativo per affrettare la chiusura della fistola equivarrebbe ad un mezzo per prolungarne l'esistenza. Occorrono quindi lavaggi ripetuti, di Ag NO all'1‰, drenaggio efficace, raschiamento delle granulazioni col cucchiaio; occorre insomma mettere a piatto la vescica a drenarne bene il contenuto.

Un'altra delle ragioni è insita nelle condizioni anatomiche della cistotomia. È stabilito oramai che ogni *incisione in vicinanza del collo vescicale* realizza le condizioni peggiori per la guarigione della fistola. Questa regione retro-pubica è meno mobile e meno elastica della sua faccia anteriore, nella sua porzione più alta, punto di elezione, e d'altra parte, la fistola che corre lungo la faccia posteriore e il bordo superiore del pube, trova una parete rigida su cui l'accrescimento dei bottoni carnosi è poco attivo. L'operatore tenendo conto di questa possibilità, dovrà regolarsi convenientemente nel momento in cui incide la vescica, ciò che del resto non dovrebbe mai offrire difficoltà, dal momento che in generale si ha a che fare con vesciche distese.

La *durata dell'intervallo fra primo e secondo tempo* nelle prostatectomie ha grande importanza nello stabilirsi di una fistola poichè maggiore è la durata dell'intervallo e naturalmente maggiori sono i progressi dell'epitelio che scenderà a tappezzare il tramite tra la parete addominale e vescica. In simili casi occorre avvivare i bordi della fistola e permettere così alle superfici cruentate di aderire fra loro e di saldarsi.

Le stesse condizioni anatomiche si ripresentano ogni qual volta il chirurgo ha inteso di istituire una *stomia ideale*, suturando i margini della ferita vescicale a quella dell'addome. Questo processo ha la sua ragione nei soggetti grassi e nei soggetti fortemente infetti, ma il chirurgo dovrà poi pagare con la persistenza della fistola l'essersi messo al riparo dall'infezione del Retzius. Naturalmente se il secondo intervento segue di poco il primo, non si incontrerà alcuna difficoltà nel distacco delle superfici suturate, ma quando si opera dopo lunghi periodi di tempo il chirurgo non potrà esimersi da un lavoro di vera e propria dissezione delle pareti.

Infine, conviene aggiungere come, d'altra parte, è bene non affrettare la *chiusura della cistotomia* soprapubica fin tanto che la piaga della loggia prostatica non sia certamente in via di una buona riparazione regolare. Affrettarsi significherebbe prolungare la persistenza della fistola, correndo magari il rischio di dover riaprire la ferita.

E. MINGAZZINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

GIUSEPPE OVIO. *G. B. Morgagni nella storia dell'Oculistica.* — Edizione Vallardi, 1923.

A G. Battista Morgagni, scienziato di fama mondiale, maestro e precursore nella medicina, in un tempo in cui le scienze mediche si dibattevano ancora fra l'empirismo e la ciarlataneria dei suoi cultori, gli Italiani hanno incominciato a rendere il tributo della loro riconoscenza.

Già l'anno scorso, nelle feste centenarie dell'Università di Padova, specialmente per iniziativa dell'illustre prof. Albertotti, la figura del grande scienziato fu richiamata da egregi scrittori italiani e stranieri, fra cui l'Hirschberg di Berlino. Non può meravigliare che siano particolarmente gli oculisti a richiamare la memoria del Morgagni. Infatti se l'attività scientifica di colui, che fu detto *Anatomicorum facile princeps* e che poteva vantarsi di avere scritto a quasi 80 anni l'ultima e più grande delle sue opere «Delle sedi e delle cause delle malattie», illuminò il campo della medicina in genere, divulgando il frutto della sua lunga esperienza e della sua straordinaria perspicacia scientifica, deve particolarmente l'oculistica essere grata all'illustre Forlivese per la parte degli studi dedicata all'apparato visivo.

L'opera pubblicata recentemente dall'illustre prof. Ovio, direttore della R. Clinica Oculistica di Genova, non potrà quindi non ricevere il massimo consenso da parte degli scienziati italiani e stranieri, i quali potranno formarsi un concetto preciso di quanto il Morgagni lasciò nel campo degli studi oculistici.

Il libro è edito in una elegante veste e scritto in una forma semplice e scorrevole così da renderne gradevolissima la lettura; è un'analisi completa e sapiente dell'opera oculistica del Morgagni ed è anche un'analisi comparata, perchè prende in considerazione lo stato degli studi oculistici ai tempi in cui dalla Università di Padova il grande Maestro dettava le sue lezioni.

Rimettere in luce l'opera del grande scienziato italiano non è soltanto fornire agli studiosi il mezzo di crearsi un concetto preciso di quanto egli lasciò scritto nel campo della scienza medica, ma è anche fare opera di italianità, fra gli stessi italiani che ignorano molte delle nostre glorie trascorse e sopratutto fra le nazioni straniere; è confermare nella figura dell'uomo il primato italiano anche nel campo degli studi medici.

Per tutte queste considerazioni il nuovo libro edito della casa Vallardi, è dovuto alla instancabile operosità scientifica del prof. Ovio, non solo merita di essere additato agli studiosi, come fonte di nozioni utili e interessanti, ma dovrebbe essere letto con amore da quanti sentono il culto del nostro glorioso passato ed il desiderio di conoscere le prime orme che gli scienziati italiani lasciarono nel campo non ancora mietuto della scienza medica.

La prima parte del libro è dedicata dall'Ovio allo stato degli studi oculistici al principio del secolo XVIII, ai quali il Morgagni si apprestava ad aggiungere i suoi contributi. L'anatomia dell'occhio aveva già fatto dei buoni passi in avanti, poco meno la fisiologia: pochissimo la patologia, nel cui campo pur spiccavano due nomi, quello di Giorgio Bartisch di Königsbruck e quello del francese Maitre-Jan.

Per formarsi il concetto del livello degli studi sulla patologia oculare basti ricordare qualche dato:

Per esempio, a proposito dello strabismo, il Bartisch scriveva ancora che la forma congenita era dovuta «a spavento della madre incinta che abbia visto uomini o animali morire stravolgendo gli occhi o anche abbia visto altri strabici»; ed a proposito della cataratta: «è pellicola che si forma dietro l'uvea da umore disceso dal cervello»; più interessante è quanto egli scriveva a proposito degli occhiali: «ci sono persone che portano gli occhiali e dicono di veder meglio: probabile effetto di abitudini: preferibile non adoperarli, essendo più naturale che si debba veder meglio quando non si ha niente davanti agli occhi: due occhi valgono più di quattro: può darsi che se il cristallino e il vitreo son lievemente torbidi, giovi qualche po' lo splendore arrecato dai vetri anteposti, ma un buon purgante che pulisca il corpo degli umori superflui rischiara di più».

Contro i mali oculari dovuti a stregoneria portare al collo il cuore e gli occhi di civetta essiccati all'aria. Molto più razionale e progredita è l'opera di Maitre-Jan, in cui si nota un'acutezza di osservazione ammirevole e gli errori sono sopratutto riferibili al tentativo di interpretazioni speculative, certamente per la insufficienza dei mezzi di indagine.

Il Morgagni si appassionò allo studio degli occhi e già pochi giorni dopo l'inizio del suo primo corso di insegnamento (il 12 febbraio 1716) tracciava un programma di studio dell'apparato visivo: *Pröemium ad Praelectionem de oculo.*

All'occhio il Morgagni dedicò varii scritti nelle sue tre opere principali «*Adversaria anatomica, Epistolae Anatomicae, De Sede et causis Morborum per anatomen indagatis*», nonchè nelle *Miscellanea opuscula, in tres partes divisa.* La sua opera nel campo oculistico è

riassunta dall'Ovio con scrupolosa cura nella seconda parte del libro, che ha carattere documentario. Ma è sopratutto la terza parte del libro che interessa perchè contiene uno studio critico amplissimo sugli studi del Morgagni alla luce delle conquiste della scienza moderna.

Non vi fu parte dell'apparato visivo inteso nel senso più largo della parola, di cui il Morgagni non si sia occupato: l'anatomia degli annessi oculari, delle varie membrane dell'occhio, dei muscoli oculari estrinseci, la connessione dei nervi ottici, ecc., sono tratteggiati in tutte le sue opere con una notevole accuratezza.

Particolare attenzione egli però rivolge allo studio del comportamento dei muscoli motori dell'occhio, alla glandola lacrimale, escludendo che la caruncula fosse una glandola.

Interessanti sono le osservazioni sulle vie lacrimali con le quali egli potè concludere che in tutta la loro lunghezza non vi è alcuna valvola, cosicchè gli umori possono muoversi senza impedimento dall'alto al basso. La causa del flusso lacrimale sta nella compressione, nell'otturamento, nell'ingrossamento dei condotti lacrimali: tali alterazioni egli incontrò spesso nel cadavere.

In altre parti egli discute ed esamina la questione dei muscoli intrinseci: descrive mirabilmente i processi ciliari che formano la corona radiata attorno al cristallino. Qualche punto rimane incerto, qualche altro viene contrastato, ma è aperta la via alle scoperte ulteriori. Nel campo della fisiologia spiccano due argomenti: quello sui fosfeni e quello sul fenomeno accomodativo.

Il fenomeno dei fosfeni diventa per il Morgagni argomento di osservazioni interessanti. Non rimane soddisfatto dell'interpretazione che se ne davano e intraprende delle esperienze che gli permettono di spiegare il fenomeno razionalmente e di servirsene come elemento diagnostico.

Convinto che l'occhio non può vedere a diversa distanza senza mutare di forza ottica cerca in qual modo un tale mutamento può determinarsi.

Ai muscoli esterni, poichè non sono ancora scoperti i muscoli interni, il Morgagni crede di dover dare importanza. Comunque ammettendo la struttura del cristallino a strati superficiali molli egli si sforza di escogitare una interpretazione razionale. Nel campo della patologia sono sopratutto da notare il problema della cataratta, che l'autore ha affrontato con particolare perspicacia e quello del glaucoma.

Notevole è il fatto che già il Morgagni aveva nel 1723 indicato come causa della cataratta l'intorbidamento del cristallino, pur non escludendo l'esistenza di pellicole nella pupilla, in conseguenza d'infiammazioni interne. Egli scriveva: «la cataratta risiede di solito nel cristallino, per lo più nella sostanza, tal volta nella capsula e tal volta anche in ambedue. L'intorbidarsi simultaneo della capsula ha spesso ingannato i chirurgi inducendoli a tenere la cataratta per una pellicola...; le cataratte felicemente deposte non erano affatto pellicole. Il nome di cataratta Morgagniana, consacrato nei trattati, non vuol ricordare che questa forma speciale di cataratta sia stata scoperta dal Morgagni; fu infatti il Platner che l'aveva felicemente descritta nell'anno 1836. L'attribuzione fatta al Morgagni derivava dal fatto che già il Morgagni aveva osservato che aprendo la capsula del cristallino negli occhi freschi di vitello o di bue usciva da questo un fluido spesso un po' acquoso, che poi fu battezzato come *humor Morgagnianus*. Di notevole valore sono le osservazioni sul nervo ottico e sulle relazioni di questo col cervello, nelle quali è messo a contributo quanto l'anatomia patologica mostra di alterato e così da poter decidere anche questioni riguardanti l'anatomia normale e la fisiologia delle vie ottiche; il Morgagni si può quindi considerare anche come l'iniziatore degli studi che condussero a poco a poco alla conoscenza dei centri nervosi.

L. MAGGIORE.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

M. DIEZ GASCA. *La scelta del mestiere.* — Prezzo L. 15. — Editore Zanichelli, Bologna.

Il titolo del libro è sufficiente a indicarne la importanza.

Di questo argomento di palpitante attualità molti parlano, ma forse pochi hanno una precisa e sicura consapevolezza della sua essenza e del suo grande interesse sociale. Gli è che mancava un'esposizione chiara e completa della dottrina dell'orientamento professionale e dei criteri scientifici che devono guidarlo in pratica.

La dottoressa Diez Gasca colmando questa lacuna non solo ha reso un notevole servizio agli studiosi coordinando e sistematizzando il materiale sparso in innumerevoli lavori pubblicati ovunque, e più fuori che in Italia, ma ha posto alla portata di tutti una tendenza scientifica di immenso valore pratico.

Orientare verso le professioni, arti e mestieri più adatti alla individualità fisica e psichica di ciascun essere umano perchè se ne possa ottenere il maggiore rendimento, perchè meno difettoso e più dilettevole riesca il la-

voro, ecco il dovere che la scienza addita alla moderna società.

Pertanto, questo libro ,che l'autrice ha scritto con ammirevole semplicità ed efficacia didattica, interessa non soltanto i medici e gli educatori, ma, come giustamente osserva nella prefazione il Senatore Lustig, ogni persona pensosa dell'avvenire dei propri figli.

Dragotti.

Prof. Giovanni Loriga. *Il manuale di igiene ed assistenza sociale ad uso delle scuole medie e delle persone colte.* — Croce Rossa Ital., Roma, 1923.

La Croce Rossa Italiana, per contribuire al miglioramento igienico della vita individuale e collettiva ed avviare le abitudini della nuova generazione, verso un più alto tenore di vita, bandì alcuni concorsi, con premi importanti, per i libri di educazione igienica destinati alle scuole. Per uno di questi concorsi, e precisamente per quello destinato alle scuole medie risultò vincitore l'illustre prof. Giovanni Loriga, Ispettore Generale Medico del lavoro; ed il suo bel Manuale — di circa 400 pagine con illustrazioni — è stato in questi giorni pubblicato a cura del Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana.

Il libro si propone di dare le nozioni igieniche più utili a sapersi come norma per la vita, ed è dedicato alle persone colte ed agli alunni delle scuole medie. Trascura perciò e concede minore sviluppo a tutta la parte che riguarda l'igiene pubblica. Comprende essenzialmente le nozioni relative alle cause delle malattie che s'incontrano nell'ambiente fisico ed al modo di evitarle; illustrando partitamente quelle che sono di natura parassitaria ed infettiva. Espone in modo succinto e chiarissimo le norme pratiche da adottarsi per evitare e combattere le più facilmente diffusibili tra queste, cioè i particolari relativi all'assistenza, alla disinfezione e all'alimentazione di questi infermi. Norme precise sono anche riportate per regolare secondo l'igiene lo sviluppo e l'alimentazione del bambino, la alimentazione dell'adulto, il vestito, le cure alla persona.

Sopratutto interessante e assolutamente nuova, per libri di questo genere, è la parte che si riferisce all'igiene del lavoro, in cui l'Autore con la sua competenza speciale tiene conto di tutte le cause che possono rendere insalubre l'esercizio dei mestieri ed il modo di evitarle. Le malattie, che derivano dal lavoro, e le loro profilassi sono assai raramente illustrate davanti alle classi colte della popolazione, che rimangono estranee ed assenti da questa grande corrente di idee, che si agita in tutti i grandi centri esteri di vita industriale. Il lavoro può essere causa di numerosissime malattie, che si verificano a molta distanza di tempo dalla causa morbosa, sicchè assai spesso vengono imputate ad altre ragioni. Sono malattie che potrebbero essere facilmente prevenute regolando opportunamente l'impiego delle forze umane. Tali cognizioni divengono tanto più necessarie nell'ora presente in quanto il potente sviluppo dell'industria in Italia sta lanciando la nostra popolazione in pieno nella grande vita industriale con i relativi pericoli. Questi sono particolareggiatamente illustrati dal Loriga in una sintesi mirabile per chiarezza e per precisione.

Chiarezza e precisione che costituiscono una caratteristica del libro anche là dove vengono riassunte tutte le disposizioni legislative in vigore in materia d'igiene e sanità pubblica, in modo di dare al lettore non solo la cognizione dei propri doveri, ma anche quella di quanto si può e si deve chiedere alle autorità statali e comunali.

La seconda parte del libro — quella dell'assistenza sociale — deve considerarsi, nei suoi capitoli sull'alcoolismo, la pellagra, la tubercolosi, la malaria, le malattie celtiche e il tracoma, come una delle più importanti perchè segna l'indirizzo da seguire, non solo dagli individui isolatamente, ma dalle collettività che intendono dedicare la loro opera di assistenza per coadiuvare lo Stato nella diuturna lotta contro queste malattie sociali.

Perciò, tutto insieme, il volume deve considerarsi come un vero vademecum di consultazioni utilissime per tutti, non soltanto nelle contingenze ordinarie della vita individuale, ma anche quando si voglia partecipare al movimento di pensiero e di azione che si propongono tutte le istituzioni dirette a fare opera di difesa della salute del corpo.

La Croce Rossa Italiana ha compiuto una buona azione stimolando la preparazione e pubblicando questo libro, che dovrebbe acquistare una enorme diffusione. Il prof. Loriga ha reso un grande servizio alla cultura nazionale e sopratutto al benessere dei nostri lavoratori, scrivendolo.

A. S.

Principi d'igiene. Lega della Società della Croce Rossa. Ginevra.

È un opuscolo destinato alla propaganda igienica; risulta di un centinaio di figure a colori, brevemente commentate, che parlano con un evidenza estrema.

In particolare è destinato alla tutela igienica dell'infanzia ed alla profilassi della tubercolosi.

Il pregevole opuscolo, pubblicato col concorso della Commissione Rockefeller, può ottenersi gratuitamente rivolgendosi alla sede della Lega (9, Cour de St.-Pierre, Ginevra) oppure alla Federazione antitubercolare italiana (presso la sede centrale della C. R., via Toscana, 12 - Roma). R. B.

Un'importante pubblicazione di igiene dell'Ufficio Internazionale del Lavoro.

L'Ufficio internazionale del lavoro di Ginevra, per contribuire alla migliore conoscenza delle malattie professionali e dell'igiene del lavoro, accogliendo un compito affidatogli dalla Conferenza di Washington, ha iniziato la redazione di un lista delle industrie insalubri.

Si tratta di una vera enciclopedia di igiene e di patologia professionale, che offrirà al lettore tutti i dati più recenti e severamente controllati, di cui può disporre un organismo internazionale quale è l'ufficio di Ginevra.

Avrà carattere di uniformità e di internazionalità. I singoli articoli dell' enciclopedia verranno pubblicati in fascicoli separati. Vedranno la luce in primo tempo gli articoli sui «veleni professionali», sulle infezioni professionali e sui problemi generali relativi agli avvelenamenti, all'igiene individuale, all'igiene dei locali, all'assistenza sanitaria, ecc. In secondo tempo si pubblicheranno, sotto forma di brevi monografie, gli articoli relativi alle industrie ed ai lavori che espongono gli operai a pericoli o danni alla vita o alla salute.

La Commissione d'Igiene ha deciso di comprendere nella pubblicazione progettata una serie di articoli di indole medica, e l'Ufficio sta facendo pratiche per assicurarsi la collaborazione di molte altre personalità mediche eminenti sia d'Italia che di altri paesi. Hanno già accettato di collaborare i professori:

L. Devoto, L. Ferrannini, G. Y. Giglioli, dott. G. Di Giovanni, Oblath, A. Peri, F. Perussia, L. Preti, A. Ranelletti, C. Rubino, ecc.

Un certo numero di articoli è già redatto e verrà dato prossimamente alle stampe.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XX Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

L' annuale riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia ha questa volta assunto un'importanza di non poco superiore alle precedenti sia per il larghissimo intervento di soci, convenuti da ogni parte d'Italia, sia per la copia di comunicazioni che oltrepassarono il numero di 140.

Presenti molti dei Clinici (Barduzzi, Breda, Cappelli, Ducrey A., Lombardo, Majocchi, Mantegazza, Mariani, Martinotti, Pelagatti, Pellizzari, Radaeli, Truffi) e numerosi soci, il presidente prof. Radaeli lesse con applaudite parole il resoconto morale, annunziò l'erezione in ente morale della Società, e commemorò i soci defunti, i compianti professori M. De Amicis e V. Fisichella. Fu quindi data lettura della situazione finanziaria della fondazione «Premio De Amicis», compilata dal benemerito dottor Luigi Silvestri di Roma, e fu approvato senza osservazioni il bilancio sociale a cui aveva atteso con l'usato zelo il cassiere dottor U. Malusardi di Roma.

Il presidente comunicò infine il responso della Commissione nominata per il conferimento del premio biennale «Tommaso De Amicis», il quale purtroppo quest'anno non fu aggiudicato, nessuno dei lavori presentati al concorso essendone stato ritenuto degno.

Si passò quindi allo svolgimento del tema ufficiale «sulla questione degli Herpes» relatore il prof. Mariani, di Cagliari, il quale lesse un'ampia ed esauriente relazione di cui ci ripromettiamo di dare quanto prima ai lettori del *Policlinico* un conveniente riassunto. Teniamo solo a segnalare che alla questione del virus dell'Herpes si riallacciano studi originali e scoperte fondamentali di autori italiani, che dal Mariani furono posti in giusta evidenza e che non possono non suscitare un vivo senso di compiacimento per il contributo portato da dermatologi connazionali al progresso delle nostre conoscenze in questo importantissimo argomento di patologia cutanea.

Altro tema generale era: «I preparati di bismuto nella terapia della sifilide» svolto dal relatore prof. Truffi di Catania con larga copia di fatti e con encomiabile serenità di giudizio.

Dalla relazione del prof. Truffi e dalla vivace ed ampia discussione che ne seguì (dell'una e dell'altra daremo notizia ai lettori non appena pubblicati gli atti del Congresso) crediamo sia lecito concludere che la terapia ha acquistato nel bismuto un altro potente mezzo per combattere la sifilide: che la relativamente scarsa tossicità dei suoi derivati nelle dosi terapeutiche; la facilità dell'uso (iniezioni endomuscolari dei sali in sospensione); la non dubbia azione, talvolta anche abbastanza rapida, sulle manifestazioni esterne associati all'As. e al Hg., ma soprattutto nei casi dei nuovi medicamenti da soli, o meglio ancora, associati all'As e al Hg., ma sopratutto nei casi d'intolleranza per questi due ultimi corpi.

Fu giustamente osservato che finora gli esperimenti erano stati condotti soltanto con i sali di bismuto già belli che preparati dalle varie Case fabbricanti, come specialità già pronte per l'iniezione, il che in certo modo limita il campo di studio dell'efficacia e del dosaggio dei varii composti; onde a buon diritto fu espresso il voto perchè le ditte produttrici mettano in commercio il semplice sale, lasciando così al clinico sperimentatore una maggiore libertà di movimento nello stabilirne le dosi terapeutiche ed il modo più conveniente di somministrazione e di preparazione farmaceutica.

Non ci è possibile nè anche di enumerare le diverse comunicazioni che furono presentate nelle successive sedute, fra cui alcune di vera importanza scientifica per la novità degli argomenti ed il rigore della ricerca: anche per queste il benevolo lettore vorrà consentirci di attendere per un ampio riassunto la imminente pubblicazione degli atti del Congresso nel *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle.*

La seconda giornata di questo convegno fu in gran parte dedicata alla visita dei nuovi locali dell'Istituto fototerapico, sorti dalla fondamenta per l'autorità e la tenacia del suo ideatore e direttore, prof. Celso Pellizzari. L'insigne Maestro, che lascerà fra poco la cattedra per la ferrea legge dei limiti di età, lega per sempre il suo nome ad un'opera grandiosa e ad una istituzione benefica che per la copia e la modernità degli impianti e degli apparecchi, per l'ampiezza e la proprietà dei locali, per il perfetto funzionamento e soprattutto per gli splendidi risultati ottenuti (che i valorosi assistenti dell'Istituto ampiamente illustrarono ai visitatori) può essere forse eguagliata, ma certo non superata.

Tutto è ivi opera di Celso Pellizzari, Egli ne ebbe la prima idea, Egli, in mezzo a difficoltà che si possono appena imaginare, riuscì a trovare i mezzi per creare il primo nucleo dell'Istituto e allargarlo poi a poco a poco fino a raggiungere l'odierna grandiosità; Egli seppe addestrare una schiera di allievi e di assistenti che, sulle sue direttive, contribuivano a portare l'Istituto stesso a quella altezza onde a ben diritto si vanta non la sola Firenze, ma l'Italia intera.

È superfluo perciò dire quale coro di entusiasmo si levò nei visitatori alla minuta visita che essi fecero dei magnifici locali e quale interesse suscitò la presentazione dei numerosi malati, fra cui alcuni con forme cutanee rare e di difficile diagnosi, che aspettavano l'opera sapiente del loro benefattore.

L'ultima parte del convegno fu dedicata alla rinnovazione dell'ufficio di Presidenza, che risultò così composto: prof. J. Cappelli (Torino), presidente; prof. A. Fontana (Torino), e prof. L. Martinotti (Siena), vice-presidenti; dott. U. Malusardi (Roma), economo-cassiere; dott. V. Montesano (Roma), segretario.

E dopo applaudite parole del prof. Radaeli, presidente uscente di carica, e del prof. Cappelli, presidente neo-eletto, si chiuse, fra gli applausi degl'intervenuti, questo Congresso il quale ha pienamente confermate le previsioni, facili a farsi, del resto, con cui chiudemmo il resoconto della penultima riunione, sul continuo incremento degli studi dermo-sifilografici in Italia, i quali non hanno proprio nulla da invidiare a quelli delle altre Nazioni.

Ci sia permesso infine di segnalare il nome del prof. L. Tommasi di Firenze, al quale si deve la perfetta riuscita di questo convegno, la sua organizzazione impeccabile ed il successo di una mostra di specialità e di apparecchi medicinali nelle sale attigue a quella delle riunioni.

V. MONTESANO.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 7 dicembre 1923.

Sulla genesi dei tumori sperimentali da catrame.

Prof. FICHERA. — Riferisce i risultati di ricerche eseguite dal dott. Dentici dal maggio 1922 ad ora, sotto la sua direzione.

Gli esperimenti sono stati condotti con catrame minerale e catrame di faggio su 86 topini e 30 ratti con pennellazioni di piccola zona cutanea del dorso ogni due o tre giorni, e sopra 25 cavie con iniezioni sottocutanee di piccolissime dosi.

Produzioni cutanee verrucose, corneomi, proliferazioni atipiche comparvero su 16 degli animali mostratisi più resistenti al trattamento; in due casi si ebbe sviluppo di neoplasie con tutti i caratteri morfologici e biologici di epiteliomi maligni.

Tali risultati corrispondono ai casi più a lungo rimasti in vita, con comparsa delle prime lesioni intorno all'ottavo mese dall'inizio delle pennellazioni.

Topi e ratti soccombono in grande numero se di pochi mesi, e dànno alta percentuale di mortalità, anche se giovani o adulti.

Oltre la senescenza, che, grado grado, sopravviene nella lunga durata del trattamento si istituiscono estese alterazioni degenerative di vari organi, e concomitante deperimento organico da tossicosi cronica.

La genesi dei tumori da catrame oltre che allo stimolo locale, che desta e mantiene proliferazione nella sede, deve attribuirsi ad un fattore biochimico generale, legato ad involuzione e lesioni multiple; il quale permette agli elementi in proliferazione di assumere tipo neoplastico.

Reattività al trapianto e frequenza di metastasi nei topini catramati mostrano la differenza delle condizioni organiche, in confronto ai testimoni normali.

La lipomatosi articolare arborescente sistematica.

Prof. FICHERA. — L'O. illustra, col corredo dei reperti radiografici, anatomici e microscopici, il caso occorsogli nella R. Clinica Chirurgica di Messina, da lui affidato allo studio dell'assistente dott. Cicala.

L'affezione poco frequente a sede monoarticolare (ginocchio) e rara sotto forma simmetrica o bilaterale, si è presentata, forse per la prima volta nella casistica, a tipo sistematico per tutte le ar-

ticolazioni degli arti sino ad interessare le piccole articolazioni interfalangee, in un ragazzo di 13 anni.

Operato l'infermo di sinoviectomia di un ginocchio, grande come testa di adulto, si ottennero i reperti macro- e microscopici, con la prova di una proliferazione del connettivo sottosieroso, evolvente dal tipo embrionale mixomatoso a quello adiposo completamente differenziato.

Negative tutte le ricerche, anche le biologiche più delicate, per la lue e per la tubercolosi, compresa la trasmissione per innesto nella cavia di frammenti del pezzo asportato, non che in colorazioni, per i bacilli di Koch ed i granuli di Much, su numerose sezioni, sempre senza traccia di lesione tubercolare. Positive e chiare le note di ipogenitalismo, ipotiroidismo, xeroderma genito-distrofico, con difetto psichico, in soggetto longilineo.

Sì che l'affezione, eccezionale sotto forma sistematica, ricorda nella genesi le iperblastosi disendocrine; e trova analogie nel morbo di Dercum, di Recklinghausen ed affini.

Contributo allo studio del carbonchio nell'uomo.

F. RICCI. — L'O. dallo studio fatto nel passato anno nella Clinica Medica di Pavia, di tre casi di carbonchio nell'uomo, a decorso atipico, due dei quali potè seguire al tavolo anatomico, trae le seguenti conclusioni:

1) Nelle sindromi acutissime, di carattere infettivo o tossiche, il clinico deve tenere presente fra le altre forme pure il carbonchio anche quando manchino le circostanze più comuni: dato anamnestico e qualsiasi traccia di lesione locale (cutanea, gastro intestinale, polmonare). Per la diagnosi di infezione carbonchiosa generale nel quadro di rapidità fulminea della malattia sono da tenere in considerazione: lo stato ansioso del malato, i dolori addominali prevalentemente gastrici, la tumefazione della milza, i versamenti delle sierose, e sopratutto se esiste l'edema sternale. La temperatura (come in uno dei casi studiati) può essere normale.

2) La grave lesione di carattere necrotico dei gangli regionali può forse indicare la via tenuta dal germe a dare l'infezione. In uno dei casi descritti la presenza di emorragie e necrosi, con enorme quantità di bacilli, nei gangli dell'ilo polmonare fà sospettare che l'infezione sia penetrata per via respiratoria, senza che siasi avuto come di regola il processo di bronco-polmonite.

3) È possibile che in qualche caso la lunghezza del periodo d'incubazione non sia che un'apparenza, dovuta al fatto che l'infezione non avviene al primo contatto ma successivamente.

Contributo sperimentale allo studio della Moniliasi e della Lichtheimiasi.

PIERO REDAELLI. — L'O. studia il processo infiammatorio determinato, in animali diversi, dall'introduzione per vie diverse, di dosi variabili e per quantità e per virulenza di culture di Monilia Pinoyi Cast. e di Lichtheimia italiana Perrin e Costantin. Mediante la colorazione vitale degli animali col litio-carminio ed il Pirrolblau, porta la sua osservazione specialmente, non solo sul comportamento dei parassiti, ma su quei fenomeni che rappresentano la reazione infiammatoria locale e a distanza di carattere istiogeno. Ha modo di chiarire così la genesi di alcune formazioni speciali. Nota, nella Lichtheimiasi, la diffusione del processo micotico anche al tessuto cerebrale, spiegando così in parte la sintomatologia colla quale vengono a morte gli animali inoculati. Collo studio comparato dei due processi micotici, osserva come a parità di condizioni, la Lichteimia sia più virulenta della Monilia.

Dott. FRANCESCO RICCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Per la diagnosi di sclerosi a placche.

La sclerosi a placche è spesso difficile da riconoscersi per un periodo abbastanza lungo della sua evoluzione. È invece necessario poter evitare la confusione con altri stati morbosi; che sono dati da cause differenti e fare a tempo la diagnosi di una malattia che dura parecchi anni. Ch. Achard (*Bull. de l'Académie de médicine*, 1923, n. 21) osserva che l'esame del *liquor* può fornire a tale riguardo dei dati interessanti. Pertanto non sono nè i globuli bianchi, nè l'albumina che permetteranno di precisare la diagnosi, poichè è noto che nella sclerosi a placche il *liquor* è di solito normale; invece può trovarvisi l'agente patogeno della malattia, che diversi autori hanno descritto sotto la forma di una particolare spirocheta che sembra strettamente neurofila.

G. Guillain (*Ibidem*) fa rilevare che la sindrome clinica della sclerosi a placche dovrebbe venire riveduta e che diversi fattori eziologici dovrebbero essere presi in considerazione. La sifilide diffusa del nevrasse può realizzare la sindrome clinica della sclerosi; in tal caso l'esame del *liquor* mostra l'iperalbuminosi, la reazione di Pandy positiva, la linfocitosi accentuata, le reazioni di Wassermann, e del benzoino colloidale positive. D'altra parte sembra esistere un'infezione speciale del sistema nervoso dovuta ad una spirocheta, che produce la sclerosi a placche; in tal caso l'esame del *liquor* è negativa per le reazioni sopra accennate. Infine in qualche caso l'accennata sindrome può essere data dal virus dell'encefalite epidemica. Gli esami metodici del *liquor* permetteranno di fare la diagnosi di tali malattie eziologicamente e clinicamente distinte. *fil.*

CASISTICA E TERAPIA.

Pigmentazione arsenicale della pelle.

È noto che l'arsenico, introdotto in piccole dosi per lungo tempo, può provocare la pigmentazione della pelle, dando un colore variabile dal grigio leggero al bruno-nero; sono stati segnalati anche casi in cui la pigmentazione si è avuta dopo l'ingestione di una sola dose piuttosto elevata. R. Stockman (*British med. journ.*, 10 nov. 1923) riporta l'osservazione di due casi in cui la pigmentazione era estesa anche alla mucosa della bocca. Una donna di 49 anni, che aveva preso del liquore arsenicale continuamente per sei anni (con un totale di g. 19,3 di acido arsenioso) presentava pigmentazione della pelle, cheratosi delle palme e delle piante, nonchè un colore bluastro della mucosa boccale e della lingua, con macchie irregolari blu-nerastre alla faccia interna del labbro.

In un altro caso, un uomo di 57 anni affetto da anemia perniciosa, un mese dopo l'inizio della cura arsenicale, si iniziò la pigmentazione alla parte bassa dell'addome, estendendosi rapidamente, sinchè in otto giorni l'addome, il dorso, le coscie erano di un colore bronzino variegato e tutto il resto del corpo più o meno pigmentato. La pigmentazione si osservava anche alla mucosa boccale e nell'insieme l'ammalato faceva l'impressione di un addisoniano.

Non si conosce per quale causa si sviluppi tale pigmentazione in certi individui e non in altri; essa, secondo le osservazioni dell'A., scompare rapidamente dopo la sospensione dell'arsenico. *fil.*

La pitiriasi della faccia.

Si consiglia una cura minuziosa della pelle, affezione dei bambini e delle donne; si presenta come macchie rosee o grigiastre, che si desquamano in polvere farinosa sotto l'azione del grattamento. Sono consigliate delle lozioni di acqua salata calda, mattina e sera. Alla sera, ungere con la seguente pomata di Gougerot: Calomelano cg. 10; Tannino cg. 60; Vaselina g. 10, oppure con quella di Thiberge: Solfo precipitato g. 3; Acido salicilico cg. 50; Ossido di zinco g. 10; Vaselina g. 25; Lanolina g. 10.

In caso di irritazione, sostituire con una pomata all'ossido di zinco (g. 3) in Coldcream (g. 15), o con: Borato di sodio cg. 60; Tintura di benzoino gocce XXX; Ossido di zinco g. 3; Coldcream g. 15.

Se il trattamento non riesce efficace, usare l'acqua resorcinata a 1 %, oppure il naftol (g. 1) in sugna (g. 30). Si sorveglieranno le funzioni digerenti, sebbene l'affezione sia da ritenersi di origine esterna e legata ad una epidermite streptococcica. *fil.*

Cura degli eritemi nei bambini.

Si consiglia una cura minuziosa della pelle, l'uso di lozioni emollienti (crusca, malva, tiglio) od astringenti (foglie di noce); *evitare ogni soluzione antisettica* per l'irritazione che provoca.

Dopo avere asciugato la pelle, si mette vaselina pura oppure una pomata all'ossido di zinco (g. 1 in vaselina, lanolina ana g. 15); in seguito spolverare con: Ossido di zinco g. 5; Carbonato di bismuto g. 10; Talco g. 20; Contro l'infiammazione intensa, usare cataplasmi tiepidi di fecola (1-2 ora mattina e sera) e ricoprire con crema (Carbonato di magnesia; Lanolina ana g. 20; Olio di mandorle dolci, Acqua ana g. 50) oppure con una pasta (Talco, Ossido di zinco ana g. 30; Olio di mandorle g. 40). Le paste si tolgono con vaselina, poi con lozione di acqua di malva, facendo in seguito nuove applicazioni.

Contro le erosioni gementi, oltre al trattamento precedente fino a decongestione si consigliano lavacri con acqua di Alibour diluita con 2/3 di acqua e di applicare delle polveri. Nobécourt e Maillet (rif. in *Journal des praticiens*, 1923, n. 32) consigliano anche il blu di metilene (g. 1) in vaselina e lanolina (ana g. 10). Trattare inoltre i disturbi digerenti e correggere i vizî di alimentazione. *fil.*

Trattamento del foruncolo della narice.

Ha sede nei follicoli piliferi delle vibrisse, di preferenza sulla faccia interna dell'ala del naso; accompagna spesso la follicolite del vestibolo e la sicosi dei baffi e riconosce come causa le lesioni da grattamento.

Il trattamento abortivo consiste nella spennellatura con tintura di jodio, con jodio-acetone, oppure nel mantenere all'orificio della narice un tampone imbevuto con alcool boricato. Quando il foruncolo è già sviluppato, si prescriveranno delle polverizzazioni a vapore con una soluzione fenica a 0.5 %, oppure con la soluzione seguente: Benzoato di sodio g. 5; Glicerina g. 20; Acqua sterilizzata g. 200. Si farà introdurre nella narice 4 volte al giorno un poco della seguente pomata: Ossido giallo di mercurio g. 1; Vaselina, Lanolina ana g. 10; Essenza di geranio gocce 5. Un'altra pomata per lo stesso uso viene consigliata da E. Feldstein (*Journal des praticiens*, 7 novembre 1923): Solfato di zinco, Solfato di rame ana cg. 10; Ossido di zinco g. 3; Vaselina, Lanolina ana g. 10. Contro il dolore talvolta lancinante, tale da provocare l'insonnia, si consiglieranno dei calmanti.

L'incisione prematura è inutile e dolorosa; quando il foruncolo è acuminato, si faranno uscire il pus ed il cencio, pungendo con un ago lanceolato o con la punta del galvanocauterio, facendo in seguito l'espressione. In caso di recidive, sono consigliati gli autovaccini. *fil.*

Il trattamento sistematico delle ustioni estese.

Recenti studî hanno dimostrato la necessità che la concentrazione del sangue sia mantenuta entro certi limiti perchè sia possibile la vita; quando la concentrazione raggiunge valori del 125 % del normale, le condizioni si fanno minacciose, se essi poi arrivano al 140 %, la vita non può durare a lungo Ora la concentrazione aumenta non solo con la perdita di liquidi, come dopo il vomito e le diarree, ma anche in seguito a reazioni infiammatorie, quali l'edema polmonare acuto dovuto a gas tossici di guerra, in certi tipi di influenza ed anche nelle ustioni superficiali estese. Ne segue che in queste ultime, oltre al trattamento locale secondo la tecnica preferita, si baderà a ricondurre la concentrazione del sangue entro i limiti normali, ciò che si può ottenere mediante l'introduzione di liquido per tutte le vie possibili, per la bocca, per l'intestino, sottocute ed anche per via endovenosa. Si osserva con questo trattamento un miglioramento notevole anche in tutte le complicazioni, come nel delirio, nella incoscienza, nei disturbi gastro-intestinali, nella emoglobinuria ed albuminuria; alla fine, secondo F. Underhill (*Journal of Amer. Med. Assoc.*, 25 agosto 1923), si vede che la grande maggioranza degli ustionati in gravi condizioni guarisce. Gli effetti benefici si scorgono anche nella pressione del sangue, che nelle ustioni estese è assai bassa, ciò che è causa di insufficiente apporto di ossigeno ai tessuti, per cui si ha deficienza di ossigeno, abbassamento della temperatura ed altri fenomeni. Il trattamento semplice ed alla portata di tutti preconizzato da Underhill potrà essere tentato nei pietosi casi di ustioni assai estese in cui il medico assiste impotente al lento spegnersi dell'individuo. *fil.*

IGIENE.

Un nuovo metodo per la sterilizzazione dei portatori.

È applicabile agli individui portatori di germi di difterite, meningite, polmonite, influenza nelle tonsille e nella mucosa rinofaringea, e consiste nell'uso dei raggi ultravioletti, di cui è nota la proprietà germicida. La superficie, su cui debbono arrivare i raggi, deve essere dapprima nebulizzata con una soluzione di un colore di anilina (violetto di genziana, di metile, fucsina, verde metile, blu di metile) all'uno per mille in acqua. In tal modo si assicura il contatto ottico ed i raggi possono raggiungere la superficie della mucosa. Allo scopo di aumentare la tolleranza della mucosa ai raggi, è bene aggiungere alla soluzione del colore anche un poco di adrenalina per il suo effetto anemizzante.

Si usano applicatori di diversa forma: per il naso a foggia di spatola, per il naso-faringe un tubo di quarzo ricurvo, che, raggiunto il palato molle, viene rivoltato in modo da dirigere la parte curva in alto; per le tonsille, si usa un applicatore metallico tubulare, con o senza lente di quarzo. L'esposizione deve essere assai breve, non più lunga di venti secondi, ripetendola un paio di volte nella giornata. Secondo i risultati riferiti da J. Pacini (*Outline of ultra-violet therapy*, Chicago, 1923) due o tre esposizioni basterebbero per rendere le colture negative. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sul contenuto vitaminico di alcuni funghi mangerecci.

FLURY. (*Klinische Wochenschrift*, 3 settembre 1923) comunica le ricerche di Saburo Hara, il quale ha provato l'azione dei funghi disseccati su topi, cavie e colombi, assoggettati a diete sfornite di vitamine.

Il *Boletus edulis* si è dimostrato ricco di vitamine B e la sua azione viene paragonata a quella dei più attivi preparati di lievito di birra. Più scarsa azione ha invece la *Psalliota arvensis* ed ancor minore il *Cantharellus cibarius*. Altri funghi, come l'*Agaricus melleus*, l'*Hydnum repandum* e il *Craterellus cornucopioides* hanno dato risultati scarsissimi o negativi. Nei colombi la precoce aggiunta di funghi previene l'insorgere delle manifestazioni neuritiche; nei soggetti in cui i sintomi del beriberi si sono già sviluppati la somministrazione del *Boletus* e dell'*Agaricus* determina un chiaro miglioramento.

Topi sottoposti a dieta avitaminica vivono 20-25 giorni. Nei casi in cui furono aggiunti i funghi e specialmente il *Boletus*, essi resistettero fino a 40 giorni. Anche nei colombi i funghi prolungarono la sopravvivenza. Essi si dimostrarono del tutto inattivi nello scorbuto delle cavie.

L'A. dice che sinora nessuna osservazione era stata fatta sul contenuto vitaminico dei funghi mangerecci. Sta di fatto però che io nella seduta dell'11 marzo 1923 comunicai precisamente all'Accademia Medica di Roma di avere riscontrato nei funghi mangerecci abbondante presenza di vitamine antineuritiche. Io riferiva come il *Boletus edulis* e lo *Scaber*, disseccati, in piccole dosi giornaliere riescono per lungo tempo a impedire l'insorgere del beriberi nei colombi assoggettati a dieta vitaminica. I fattori vitaminici contenuti nei funghi si dimostravano insolubili in acqua e in alcool, resistenti alle alte temperature (130° per 1 ora) e somministrati alle cavie sottoposte a dieta scorbutigena, si palesavano inefficaci. Queste ricerche furono poi pubblicate distesamente nella Sezione Medica del *Policlinico*, 1° maggio 1923.

Le ricerche degli autori tedeschi non hanno quindi che valore di conferma e rassodano la conclusione che nell'apprezzare il valore alimentare dei funghi bisogna tener conto del loro contenuto vitaminico. DI MATTEI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cura neo-salvarsanica e gravidanza. — Al dott. A. T. abb. n. 4836:

Nulla vieta di somministrare il neo-salvarsan per via endovenosa alle donne incinte, quando non vi siano controindicazioni speciali (nefrite, cardiopatie, ecc.) ed i risultati, anche sul prodotto del concepimento, sono ottimi.

In quanto alle donne lattanti, è evidente che ad esse non possono venire affidati se non con bambini luetici.

In tal caso, dato pure che l'eliminazione del neo-salvarsan si compia attraverso il latte in modo cospicuo, essa potrebbe avere influenza benefica anche nei bambini lattanti i quali di solito hanno una notevole tolleranza per gli arsenobenzoli. Al più si dovrà essere cauti nelle dosi, le quali nelle donne in generale non dovrebbero sorpassare il massimo di 45-60 centigrammi. V. MONTESANO.

Durata dell'attività dei sieri specifici. — All'abb. n. 7230.

I sieri terapeutici si conservano attivi per vari anni, ma siccome dopo un certo periodo di tempo (3 e più anni) perdono alquanto del loro valore, così non è consigliabile adoperare sieri scaduti, i quali del resto sono facilmente cambiati dalle Case produttrici.

Siero vecchio e siero scaduto non sono sinonimi.

Siccome i sieri freschi provocano con maggiore facilità la malattia da siero così i sieri vengono ora messi in commercio *invecchiati*, naturalmente o artificialmente; questi sieri sono meno anafilatizzanti e hanno anche il vantaggio di conservare presso che immutati, nei limiti di tempo suddetti, il loro titolo.

G. SAMPIETRO.

Il benzolo nella leucemia. — Al dott. A. Giorgelli da Valle L.:

Le proprietà leucolitiche del benzolo sono state scoperte in seguito ad una serie di intossicazioni professionali fino dal 1911. Ko-

ranyi e Kiralyfi ne fecero nel 1912 le prime applicazioni in casi di leucemia, basandosi su studii di Selling, che ottenne sperimentalmente la leucopenia e la degenerazione degli organi leucopoietici, soprattutto del midollo osseo. La diminuzione dei leucociti provocata dal benzolo si ottiene non già per accumulo di essi nelle reti profonde, come accade p. es. col peptone, ma per una vera azione leucolitica. Questa si esercita particolarmente sui polinucleari e sui mielociti, perciò il benzolo appare più consigliabile nella leucemia mielogena. Esso sembra inefficace nelle leucemie acute.

Si somministra a dosi di 50-100 gocce al giorno sciolto in olio, preferibilmente in capsule cheratinizzate; è consigliabile iniziare la cura con dosi di cmc. 0.5-0.6 due volte al giorno, aumentando gradatamente fino a cmc. 4.5. La cura va rigorosamente sorvegliata con esami periodici del sangue, interrompendola se il numero dei leucociti cade sotto i 10,000 o se i mieloblasti aumentano. Nei casi favorevoli si ha, con la diminuzione dei leucociti, diminuzione del volume del fegato e della milza, miglioramento delle condizioni generali; è tuttora problematico se si possa ottenere una vera guarigione. Questa ad ogni modo sembra favorita dall'uso contemporaneo dei raggi X. La cura col benzolo è controindicata se vi sono lesioni renali od epatiche.

fil.

Al dott. E. C. da B.:

Per la *preparazione dello Yoghourt* occorre acquistare i fermenti puri (Yoghourt, Gioddu) presso le Case produttrici, di cui per evidenti ragioni non possiamo dare indirizzi. Molte di esse del resto inviano avvisi ai medici. Anche in alcune latterie possono trovarsi di tali fermenti che poi si aggiungono al latte e si tiene questo per un certo tempo a temperatura vicina a 37°. I fermenti si mantengono vivi, passandoli su latte con le consuete cautele batteriologiche.

fil.

Al dott. R. Crinelli da Montegrimano:

Per l'*igiene scolastica* consulti: M. Ragazzi. L'Igiene della scuola e dello scolaro. Hoepli, editore, Milano; A. Lustig e Ilvento. L'Igiene della scuola, F. Vallardi, ed., Milano.

Sull'*Infortunistica* il trattato italiano più ampio e completo è quello del Borri edito dalla Società editrice libraria a Milano. Consigliabile è anche la Traumatologia del lavoro del prof. A. Ciampolini, che gli abbonati possono avere a prezzo di favore dalla Amministrazione del *Policlinico*.

fil.

VARIA

La psicologia del coraggio.

Birley pubblica nel *Lancet* uno studio sulla psicologia del coraggio. Premette che non si indugierà a descrivere le manifestazioni di questo stato d'animo, ma cerca solo di investigarne le origini ed il fine, nonchè i fattori che tendono a modificarlo nelle varie direzioni, tenendo presente che esso non è un attributo esclusivo dell'uomo, e tanto meno del solo sesso maschile, e che nell'uomo, dove esso raggiunge le più alte vette, c'è un coraggio morale che è non meno cospicuo del coraggio fisico.

Prendendo in esame il coraggio, come è considerato nella letteratura, il Birley nota che è esso più apprezzato per quel che è o appare che per i suoi elementi costitutivi e per i suoi motivi; che la figurazione artistica riguarda più il coraggio degl'individui e meno quello delle masse. Osserva infine che il vocabolo indicante il coraggio non è stato sempre il medesimo. Nella letteratura s'incontrano come sinonimi con lievi sfumature di significato le parole: cuore, fegato, vigore, audacia, fermezza di fronte al pericolo, bravura, intrepidezza e simili.

La forma più pura e sublime di coraggio, sempre lodata in prosa e cantata in versi, è quella spontanea e naturale. È caratterizzata dalla calma e dalla imperturbabilità dello spirito. La tranquillità del soggetto contrasta con il potere e la energia del tratto. Psicologicamente questa forma rappresenta il completo successo dell'incosciente repressione della paura oltre il campo della coscienza.

C'è poi il coraggio che si estrinseca anche quando c'è paura. A differenza della forma precedente questo coraggio è poco trattato in letteratura; è considerato come uno dei modi più comuni di reazione al pericolo. La paura è repressa in modo che l'individuo può adeguatamente superare la situazione pericolosa. Il processo di repressione però non è incosciente, ma cosciente.

Una terza forma di coraggio è quella che si estrinseca allo scopo di conseguire un premio o la notorietà, o semplicemente per intimo compiacimento. L'individuo è preparato al pericolo e lo affronta per ottenerne un vantaggio. L'emozione della paura è mascherata o sostituita da un'altra emozione piacevole, quella del guadagno o della vanità, oppure dal fervore, dall'entusiasmo patriottico o religioso.

C'è infine il coraggio negativo, il coraggio dell'ignoranza del pericolo. La paura manca non perchè è stata coscientemente o incoscien-

temente repressa, non perchè è stata sostituita da un'altra emozione, ma solo perchè la capacità emotiva dell'individuo è al di sotto della media o assente. Un pazzo ad esempio può compire prodigiosi atti di valore, sol perchè in lui è deficiente il tono affettivo. Analogamente è ben noto che gli individui con facoltà immaginativa scarsa possono sembrare i più valorosi, perchè sono incapaci di apprezzare le probabili conseguenze delle loro azioni.

Ricapitolando adunque si può avere il coraggio da repressione incosciente della paura e da repressione cosciente della paura, il coraggio da sostituzione della paura con un'emozione piacevole, ed infine il coraggio da ignoranza.

Così classificato il coraggio trova la spiegazione del suo meccanismo produttivo nel sistema psicologico della psicanalisi. Come è noto l'autore di questa dottrina, Freud, ritiene che l'attività psichica è la risultante di un conflitto tra il cosciente e l'incosciente, e che questo ha un'estensione ed un'influenza sul determinismo psichico di molto superiore a quelle che ad esse vengono attribuiti dalla psicologia classica.

L'attività dell'incosciente rende l'individuo soggetto ad influenze istintive, alcune delle quali sono comuni con gli animali, altre sono proprie dell'uomo. Gl'istinti comuni a tutti gli animali sono di due specie, l'istinto della conservazione e quello della riproduzione. Il primo può essere distinto nell'istinto puramente appetitivo che sta alla base della nutrizione, con i corrispondenti stati affettivi della fame e della sete, attrazione per ciò che è utile, repressione per ciò che è dannoso, e nell'istinto del pericolo con i suoi varii modi di reazione quali la fuga e l'aggressione. L'istinto di riproduzione si suddivide in quello puramente appetitivo ed in quello parentale. È ben noto come questi istinti siano accompagnati da stati affettivi, da emozioni, che rinforzano l'istinto, e da concomitanti modificazioni organo-fisiologiche che rendono possibile l'attuazione dell'istinto.

A questi due istinti primitivi si aggiunge un terzo, l'istinto gregario o sociale, per cui l'individuo sente la influenza del gruppo, dell'ambiente, della società nella quale vive, ed uniforma la sua azione a quella degli altri membri della società. Anche questo istinto ha un riscontro negli animali: esso può essere aggressivo come in un branco di lupi, difensivo come nell'armento, o socializzato come nelle api e nei pinguini.

L'istinto gregario, mentre da una parte rinforza i due istinti primitivi della conservazione e della riproduzione, talvolta entra con essi in conflitto. In effetti la vita sociale è possibile solo con la sottomissione dell'individuo alla collettività: le cui esigenze possono richiedere anche il sacrificio, la soppressione dell'individuo per la conservazione e la perpetuazione della specie.

L'uomo differisce dagli animali non per mancanza di istinti, ma perchè ha l'intelligenza che gli permette una grande varietà di reazioni, che spesso dissimulano il carattere istintivo della sua condotta. Egli ha la capacità di divergere le energie derivanti dagli impulsi istintivi per altre vie, artistiche, estetiche, atletiche. Malgrado però la sua spiccata individualità, l'uomo rimane fondamentalmente legato alla sua storia biologica: non è possibile considerare l'individuo umano avulso dalla società, l'uomo come animale solitario è sconosciuto, l'uomo è un animale politico.

La esistenza dell'istinto sociale e la sua importanza sulla condotta dell'uomo è documentata da molti fatti. L'uomo è intollerante della solitudine fisica e psichica e sente l'influenza delle idee dominanti nella società. A tale istinto si deve la resistenza che incontrano nelle masse le nuove idee contrastanti con le comuni ed abituali opinioni. Come tutti gli altri istinti sono accompagnati da uno stato emotivo-sentimentale che ne rende possibile anzi imperiosamente necessaria la soddisfazione, così l'istinto sociale è legato ad uno stato sentimentale, quale l'altruismo, la pietà, l'entusiasmo patriottico. L'istinto sociale ha raggiunto la maggiore intensità nell'uomo, che per altro con la sua intelligenza ha la facoltà di incanalarlo per varie vie. Conseguentemente l'uomo ha più degli altri occasione di spiegare le sue capacità di coraggio, ed oltre al coraggio fisico, ha il coraggio morale che egli estrinseca nel campo dell'arte, della politica, della religione, del commercio.

Il coraggio *puro* rappresenta la perfezione dei processi psicologici deputati a rispondere al pericolo, in quanto che la paura è completamente repressa da un processo che è del tutto inconscio. Analoga superiorità ha il coraggio nel quale la paura è sostituita da un altro stato affettivo, quali il desiderio della notorietà, l'entusiasmo religioso, l'amore della patria, la pietà e simili. È questa la forma di coraggio che spinge alle azioni ritenute le più nobili, perchè il sacrificio dell'individuo alla collettività è cosciente e deliberato. In questa forma di coraggio l'istinto sociale sublimato e canalizzato dall'intelligenza umana in varie direzioni ha il deciso sopravvento su gli istinti primitivi della conservazione e della riproduzione.

G. DRAGOTTI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Il potere dei Comuni nei casi di nomina in base a concorso.

Riportiamo integralmente il testo della decisione della IV Sezione del Consiglio di Stato 14-29 dicembre 1923, n. 1788, sul ricorso dottor Nasella c. Comune di Monacilioni, in considerazione dei principii di massima che vi sono miti del potere dei Comuni nei casi di nomina in base a concorso.

«Bandito un concorso pel conferimento di un determinato ufficio comunale ed affidata la valutazione dei titoli degli aspiranti ad una Commissione tecnica, non può liberamente il Consiglio comunale allontanarsi dalle conclusioni di tale Commissione. La facoltà di nomina che ad esso compete, sostanzialmente, si riduce al diritto di escludere dalla nomina quelli, che pur risultando tacitamente idonei, per ragioni speciali positive e concrete non appaiano adatti all'ufficio cui aspirano. Un potere più ampio resta riservato al Consiglio quando i designati dalla Commissione siano una terna o comunque una pluralità, perchè in tale caso esso può far cadere la sua scelta sopra uno qualunque dei designati senza obbligo di giustificare la scelta medesima. Ma non potrebbe neanche in questi casi non fare luogo ad alcuna nomina, a meno che per tutti i designati concorressero ragioni di esclusione siccome sopra fu accennato. Quando la terna è prescritta, la Commissione giudicatrice deve proporla perchè nella medesima possa il Consiglio comunale esercitare quella libertà di scelta, che la legge ha voluto ad esso riservare. Ma se non è stato possibile formare la terna, in ispecie per difetto di un adeguato numero di concorrenti e non vi hanno motivi per dubitare della regolarità del concorso, a meno che non si oppongano le ragioni su dette, il Consiglio non può dispensarsi dal nominare il concorrente dalla Commissione giudicatrice riconosciuto idoneo. In vero, il concorso crea un vincolo giuridico fra il Comune e quelli che al concorso medesimo parteciparono; i quali, quando rispondono a tutte le condizioni prescritte e sono riconosciuti idonei, potrebbero vantare un diritto alla nomina in base al bando di concorso se non potessero essere a loro preferiti altri concorrenti riconosciuti parimenti idonei.

Il venir meno della concorrenza, salvo sempre il caso in cui per speciali e concreti motivi la autorità comunale creda di non prescegliere il solo candidato proposto, concreta a favore di lui in *un vero diritto* l'aspettativa che egli aveva della nomina. Tutto ciò va detto anche nel caso in cui, come per i medici condotti, non la terna sia prescritta ma una pluralità di designati (art. 30 T. U. 1° agosto 1907, n. 636).

«Si deve adunque riconoscere che è pienamente fondato quanto il dottor Nasella in diritto assume col primo motivo del suo gravame.

Che, nei riguardi del secondo, con cui viene contestata la legittimità dell'uso fatto dal Comune delle facoltà che ad esso competono come sopra fu chiarito, conviene anzitutto avvertire che l'età notevolmente superiore ai 39 anni non costituiva pel dottor Nasella un ostacolo giuridico per l'esclusione dal concorso, trovandosi egli già da tempo a servizio del Comune sia pure in virtù di nomina provvisoria e tale circostanza bastando a sottrarlo alle conseguenze del limite di età di fronte al lato disposto dell'art. 27 del regolamento sanitario 19 luglio 1906, n. 446.

Che, ciò premesso, per vagliare adeguatamente l'impugnata deliberazione 12 novembre 1921 del Consiglio comunale di Monacilioni giova esaminare non distintamente e separatamente i vari motivi che la determinarono, perchè nessuno di essi appare essere riuscito da solo decisivo.

Il Sindaco, nel riferire al Consiglio, fece una valutazione complessiva di ragioni varie e tutte insieme le prospettò e ne trasse la proposta di bandire un nuovo concorso come conseguenza del peso che tale complesso di ragioni avevano. Il Consiglio, accettando le conclusioni del Sindaco, nè accettò la complessa motivazione.

Senonchè, pur vagliata nel suo complesso, siffatta motivazione non risulta atta a legittimare il provvedimento adottato avuto riguardo a quanto fu detto in ordine al primo motivo e tenuto pure qualche conto delle concordi attestazioni, che l'autorità comunale in più contingenze aveva fatte sull'opera del dott. Nasella. Non emerge infatti da essa il concorso di quei concreti e specifici motivi, che soli avrebbero potuto autorizzare l'allontanarsi che fece il Consiglio dalle conclusioni della Commissione giudicatrice. Questa aveva dichiarato idoneo il Nasella assegnandogli 29 punti su 30.

Nel Consiglio nulla in contrario fu addotto. Se si prescinde dall'affermazione della libertà di nomina del Consiglio comunale e dell'inammissibilità al concorso del Nasella per motivi dell'età (rilievi questi inaccettabili per le ragioni sopra esposte) mentre non contesta l'attitudine fisica del Nasella, nelle sue considerazioni il Sindaco si limita a rilevare l'insufficienza dell'opera del sanitario, che ad ogni modo ascrive *solo* alla necessità che il servizio sia affidato a due sanitarii, anzichè ad uno solo e la ristrettezza dei termini fissati per partecipare al concorso, dalla quale però non crede invalidato il bando pubblicato e quindi nemmeno menomamente gl'impegni che da esso derivano.

L'eventualità dell'istituzione d'una seconda condotta medica non giustificava che non si facesse luogo alla nomina del dottor Nasella; tutt'al più

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

avrebbe potuto suggerire qualche riserva circa condizioni del capitolato, che, a seguito d'un diverso ordinamento del servizio potranno essere modificate. La deliberazione impugnata non contiene neanche, sotto alcuna forma, un giudizio sfavorevole sull'esperienza che il dottor Nasella aveva lasciato fare di sè al Comune. E, pertanto, essa è da riconoscersi illegittima ».

Norme circa i concorsi agli effetti della elencazione e della valutazione dei titoli.

Segnaliamo il seguente parere del Consiglio di Stato in adunanza generale 5 luglio 1923 sul ricorso dei professori Verderame e Colombo contro l'Ospedale Maggiore di Milano.

« Il Consiglio ha considerato: Prima di esaminare partitamente i motivi dei prodotti ricorsi giova ricordare alcuni principi in materia di pubblici concorsi, oramai quasi indiscutibilmente ammessi dalla dottrina e dalla giurisprudenza. E, cioè, che per la regolarità delle operazioni delle Commissioni giudicatrici non occorre che nelle relazioni sui concorsi sia riportato l'elenco completo di tutti i titoli presentati dai singoli candidati e che sia espressa una distinta valutazione per ciascun titolo; che è necessario, invece, siano precisamente fissati i criteri in base ai quali la Commissione intende esaminare e valutare i titoli dei vari concorrenti; che tale valutazione costituisce un apprezzamento di merito insindacabile in sede di legittimità.

« Nella specie poi giova anche premettere e fermare l'attenzione sul disposto dell'art. 149 del Reg. Sanitario interno degli Istituti Ospidalieri di Milano 13 luglio-5 agosto 1910, il quale così dice: « Le Commissioni esaminatrici dovranno « formulare il loro giudizio mediante votazione « palese, dapprima giudicando sulla idoneità o « meno dei candidati per il posto a cui concorrono, « stabilendo poi la graduatoria di merito, sem« pre con votazione palese. Ciascun Commissario « dispone per il suo giudizio di dieci punti ». Quindi, secondo questa disposizione, la valutazione dei titoli e delle prove doveva, nel caso, essere espressa da ogni membro della Commissione con un voto globale per ciascun concorrente, entro il limite di dieci punti; ciò che esclude l'obbligo e pure la possibilità di una separata attribuzione di punti in relazione ai singoli elementi del giudizio.

« Ora, di fronte a tali principi, nonchè alla riportata disposizione regolamentare sembra non possano reggere gli argomenti che costituiscono, si può dire, il motivo centrale di illegittimità dedotto dai ricorrenti.

« Ed invero, denunciano tanto il prof. Verderame, quanto il prof. Colombo che non tutti i loro titoli furono distintamente e ponderatamente esaminati e valutati dalla Commissione; ciò che, in massima, come si è detto, non sarebbe strettamente necessario alla regolarità e validità della Commissione. Ad ogni modo, scendendo al caso particolare, e cominciando dal ricorso del prof. Verderame, si rileva che egli asserisce anzitutto che la Commissione avrebbe formulato il suo giudizio nei riguardi di lui su erronee premesse di fatto, in quanto che non avrebbe tenuto conto di diversi suoi titoli, i quali avrebbero comprovato che la sua pratica operatoria meritava non inferiore apprezzamento della sua produzione scientifica. Ed in questo deficiente giudizio emesso per la avvenuta omissione dell'esame di alcuni importanti titoli si manifesterebbe appunto il vizio dell'eccesso di potere.

« Ma qui si può obiettare che tale vizio veramente esisterebbe se alla incompleta enunciazione dei titoli del prof. Verderame avesse effettivamente corrisposto la lamentata omissione dell'esame del giudizio dei titoli stessi. Risulta invece, sia pure espresso in modo generico dalla relazione della Commissione ed anche dai singoli verbali che di tutti i concorrenti furono esaminati in modo particolareggiato i titoli scientifici e quelli di servizio, vale a dire quelli pratici.

« D'altra parte sembra basti, nel caso specifico, il riflesso fatto nelle sue controdeduzioni dalla Amministrazione ospedaliera, riflesso rispondente alle risultanze degli atti e del quale si è fatto cenno, che cioè il prof. Verderame in tanto potè conseguire una buona classifica in graduatoria, in quanto che furono appunto le attestazioni della sua attività operatoria, risultanti da certificati prodotti, che valsero a colmare le deficienze riscontrate nei riguardi di lui così nella prova clinica come nell'esame di medicina operatoria. Basti, in vero, leggere la relazione della Commissione per constatare la verità di tale asserto; relazione dalla quale pure emerge chiaramente come non sia esatta la affermazione del ricorrente che cioè un giudizio sulla competenza di lui in materia operatoria sia desunto esclusivamente, o quasi, da titoli scientifici, mentre consta che è stato formulato anche, e non poteva essere altrimenti, sul risultato delle prove pratiche d'esame da lui sostenuto.

« Quindi la motivazione del giudizio espresso alla Commissione appare nella specie più che sufficiente ed in relazione alle risultanze dei documenti prodotti, che furono esaminati e valutati in base ai criteri prestabiliti dalla Commissione stessa. Epperò non sembra sostanzialmente sotto questo riguardo censurabile l'operato della Commissione ».

(*Omissis*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

L'igiene nei nuovi programmi di studio per le scuole elementari.

La necessità pregiudiziale della « formazione d'una coscienza igienica nella popolazione » è il ritornello di prammatica in ogni esordio e chiusa di discorsi di propaganda igienica. Ed è vero: senza quella il contrasto stridente, l'abisso che corre fra la legge scritta e la realtà che l'ignora o la viola è insuperabile; e le ordinanze d'igiene come i cartellini dai santi ammonimenti, affissi nei luoghi pubblici, restano lettera morta. Vano diventa poi aggiornare e perfezionare con vigile cura sulla guida dei nuovi acquisti del sapere i precetti.

Certo la diffusione della coltura in genere e l'azione di propaganda diretta sono lodevoli e feconde di qualche risultato.

Ma una vera coscienza igienica della quale il soggetto sia compenetrato intimamente e che ne rappresenti l'abito inseparabile, deve trarre le sue radici profonde, come quella religiosa, come quella morale, dall' anima del fanciullo. Incitamenti generici, in proposito, non sono mancati, non meno che tentativi isolati e sporadiche applicazioni di questo principio; ma si apre il cuore e gode l'animo a noi medici di vedere sanzionata ufficialmente e adottata la massima, e organicamente inquadrati i rudimenti dello studio dell'igiene, fin dalle scuole elementari.

Invero la materia si presta mirabilmente ad essere esposta nell'insegnaemnto elementare in veste di favole e racconti che accendono la fantasia del fanciullo, o dimostrato con illustrazioni figurate o cinematografiche che ne destano l'acuto spirito di osservazione e si scolpiscono nella sua mente.

La nuova ordinanza ministeriale Gentile relativa ai programmi didattici per le scuole elementari, assegna nel capitolo V « Nozioni varie » un posto a parte allo insegnamento dell'igiene (conversazioni e lezioni) con un piano adatto e particolareggiato per la 1ª, 2ª e 3ª classe, con l'avvertenza che i « modesti insegnamenti debbono essere collegati immedia tamente alla esperienza del bambino » mentre nella 4ª e 5ª le nozioni d'igiene sono impartite a pari titolo con le scienze fisiche e naturali.

Nella 5ª le lezioni sono messe in valore da visite istruttive (lavanderia, macello, officine, ospedali, ecc.). Nelle classi superiori alla quinta è raccomandato al maestro di ottenere « che durante l'anno sia tenuta qualche piccola conferenza in iscuola dall'ufficiale sanitario, o dall'ufficiale veterinario o da altro competente, estraneo alla scuola. A tali conferenze popolari si procuri di fare intervenire anche i parenti degli scolari ». È poi prescritto che i singoli argomenti non siano « oggetto di astratte lezioncine, ma di vivaci conversazioni ed esperimenti ».

È ancora raccomandato al maestro di fermarsi maggiormente sulle malattie più diffuse e caratteristiche della rispettiva regione tenendo conto delle particolari condizioni sanitarie dell'ambiente dove sorge la scuola.

Degna di rilievo speciale è la cura dei dettagli che son parte essenziale dell'efficacia e del risultato delle norme. « Il maestro faccia eseguire nella scuola le principali operazioni di pulizia, sia allo scopo di correggere le cattive abitudini, sia a scopo esercitativo o di giuoco. L'esercizio « chi si lava meglio le mani, o il viso, o le orecchie, ecc. » dev'essere ripetuto frequentissimamente. Si persuadano i maestri che si tratta di una delle cose più serie che spettano alla scuola, dove nessuna didattica ingegnosa può assolvere il maestro del gravissimo torto di lasciare senza sanzione mani e faccia sudicie e capelli infettati da parassiti ».

« ..... nella scuola si affiggerà ogni mese una tabellina, con i nomi degli alunni che durante il mese « non meritarono mai rimprovero per poca pulizia »; i superiori che visiteranno la scuola avranno cura, entrando, di richiedere tale albo di onore, e di chiamare a sè i ragazzi segnalati per la pulizia, esprimendo il loro compiacimento.

Si badi che la pulizia non sia soltanto esteriore e appariscente, affinchè non venga escluso dalla lode il contadinello o il piccolo operaio, che hanno più rude apparenza, ma possono essere, e spesso sono, più puliti e decenti di fanciulli vestiti bene e tuttavia mal proprii ».

È giusto che noi medici salutiamo con plauso ed augurio questo che promette di essere un avviamento decisivo verso l'ascesa igienica del paese. Ma quel che conferisce loro, a queste norme, sapore e attrattiva anche quando tratta i motivi più tristi e apparentemente banali è l'altezza e la novità dello spirito che vi aleggia e ne pervade ogni pagina.

Esse costituiscono un nobile documento di fede e di amore didattico atto a richiamare eco di consenso profondo nell'animo degli insegnamenti e di cui ogni riga implicitamente celebra ed idealizza — incentivo ed ammonimento — l'apostolato della missione.

Catania.

Dott. MAURIZIO ASCOLI.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione Siciliana Medici-Chirurgi specialisti.

In seguito alle elezioni avvenute il 20 u. s. nell'Associazione Siciliana dei Medici-Chirurgi specialisti, il Consiglio è risultato così composto:

Prof. Tebaldo Cimino, *presidente;* Prof. Michelangelo Cipolla, *vice-presidente;* Prof. Giuseppe Adamo, *segretario-cassiere; Consiglieri*: Prof. Gaetano Lodato, prof. Giuseppe Faraci, prof. Gerolamo Mirto, prof. Achille Ribolla.

Il Consiglio ha nominato un segretario aggiunto nella persona del socio prof. Giuseppe Cascio Rocca.

Per il monumento a Guido Baccelli.

Riportiamo questa simpatica lettera dal *Messaggero* del 26 gennaio. Con il suo atto nobile e generoso il fine e arguto giornalista dà prova del suo alto sentire, ma offre un esempio ai medici italiani e soprattutto alle generazioni di medici già allievi di Guido Baccelli. Riportando questa lettera, noi vogliamo non solo ringraziare Montani, ma spronare moltissimi medici a pagare il doveroso tributo al loro Maestro.

«*Caro Messaggero,*

Due mesi fa un'automobile privata mi procurò una contusione al bracco destro, rendendomelo inservibile per qualche giorno.

La proprietaria dell' automobile, cui rivolsi la mia protesta insieme alla relativa domanda di danni, osservò da principio che non poteva parlarsi di *vero* investimento perchè solo un braccio vi era andato di mezzo.

Riconosciuto il mio torto per non essermi lasciato investire in pieno, insistei tuttavia sul secondo punto, tanto più che avevo dovuto sostenere le spese di cura e la signora, aderendo alla mia proposta di transazione bonaria — giacchè non era in me alcuna intenzione di speculare sulla mia pelle anche se non gravemente danneggiata — mi ha fatto rimettere la somma di lire 400.

Questa somma desidero venga integralmente versata alla nostra sottoscrizione per un monumento a Guido Baccelil, anche a titolo di... svegliarino per i molti, per i troppi romani che ancora non hanno fatto il loro dovere verso la memoria di chi accarezzò il sogno costante di una Roma veramente grande, tanto grande, che... perfino le automobili vi potessero velocemente circolare, senza bisogno di passare sui pedoni.

Carlo Montani».

Per la celebrazione del medico caduto in guerra. Corpo d'Armata di Roma.

(*Continuazione*: *vedi fasc.* 5).

	Lire
Dott. Matteini Giulio Cesare	30
Dott. Pizzillo Nicolò	25
Dott. Bucchi Leonida	10
Magg. Gen. M. Galli Giandomenico	200
Dott. Trella Erminio	25
Dott. Giordano Giuseppe	25
Dott. Garino Giuseppe	20
Dott. Piperno Arrigo	50
Dott. Leone Calogero	50
Dott. Pieri Arbace	50
Dott. Spinedi Goffredo	20
Dott. Mariotti Anton Mario	10
Prof. Fornaca Giacinto	50
Prof. Ortali Cesare	50
Dott. Capparoni Angelo	50
Dott. Genovesi Filippo	20
Dott. Gasparro Eugenio	25
Dott. Ferrari Federico	30
Dott. Pennacchio Domenico	15
Dott. Valenzano Luigi	3
Dott. Esdra Crescenzio	20
Dott. Trulli Nicola	15
Dott. Massari Giuseppe	10
Dott. Galeazzi Riccardo	15
Dott. Mazzantini Gustavo	30
Dott. Milesi Pietro	10
Dott. Persia Ascenzio	15
Dott. Di Giulio Cesare	40
Dott. Borruso Gioacchino	20
Dott. Gelosi Guglielmo	20
Dott. Guastoni Carlo	10
Dott. Papi Ettore	10
Dott. Cappelli Raffaele	10
Dott. Carà Giorgio	10
Dott. Bracchi Antonio	10
Dott. Piccarozzi Augusto	15
Dott. Gaeta Giovanni	25
Prof. Gaifami Paolo	50
Dott. Santangelo Belisario	25
Prof. Di Marzio Quirino	20
Dott. Rossini Terenziano	15
Dott. Corazza Giovanni	10
Dott. Terilli Riccardo	100
Dott. Alessandri Raffaele	10
Dott. Mazzuoli Aurelio	10
Dott. Pratesi Alfredo	10
Dott. Deganello Umberto	10
Dott. Pampiglione Guglielmo	20
Dott. Tieri Horen Sceiendel	10
Dott. Petacci Francesco	15
Dott. Rinaldi Camillo	20
Dott. Geraldini Alessandro	5
Dott. Gioazzini Luigi	10
Dott. Schiboni Luigi	100
Dott. Tomassini Carlo	25
Dott. Pantaleoni Massimo	25
Dott. Galante Bernardino	10

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACERNO (*Salerno*). — A tutto il 15 febb. L. 3000 (*sic*) iniziali per 100 fam. pov. e L. 500 per uff. san. Età lim. 40. Serv. entro 15 giorni.

ALEZIO (*Lecce*). — Scad. 15 feb. L. 5000 per 1500 pov., addizion. L. 5 fino al massimo di 2000 pov., 4 quinquenni decimo, L. 1500 indenn. speciale (per i primi 4 anni), L. 500 cav., c.-v.

AREZZO. *RR. Spedali Riuniti.* — Alle ore 12 del 29 feb.: Primario medico o pediatra, aiuto chirurgo, medico chirurgo assistente. Chiedere annunzio alla Segreteria. Età limite: 40, 38 e 35. Stipendi: L. 8000, 4000 (in corso aum. a 6000) e 3600 (in corso aum. a 5000).

BAGNARA DI ROMAGNA (*Ravenna*). — Scad. 29 feb. L. 7500 e 5 quadrienni dec., L. 2000 cavallo, L. 500 uff. san., c.-v.

CASSANO IRPINO (*Avellino*). — Al 4 marzo; stip. L. 4500 (*sic*) e 3 quinq. decimo; L. 300 uff. san. Età lim. 45. Ab. 1885; ristrettissima lista poveri; acqua e clima saluberrimi.

CREMONA. *Consiglio degli Istituti Ospedalieri.* — Direttore sanitario e dirigente comparto medico; vedi fasc. 5. Scad. ore 16 del 29 febbraio.

FABRIANO (*Ancona*). — Scad. 20 feb.; 2ª condotta, di Albacina; L. 7250 e 10 bienni ventesimo, due c.-v., L. 2400 trasporto, abitaz. gratuita. Fino a 1000 poveri.

FORLÌ. — Scad. 20 feb. Per il reparto di S. Martino in Strada; ab. 5000 quasi tutti sparsi di cui 800 circa pov. L. 8000 oltre L. 3000 cav. L. 500 supplemento, 10 bienni del ventesimo. L. 3 ogni fam. oltre le 200, due c.-v.

GIROCARNE (*Catanzaro*). — Scad. 20 feb. Pel I reparto (capoluogo, fraz. Ciano e case sparse). Lire 6000 e sessenni del decimo; per cav. L. 1200; quale uff. san. L. 600.

GUARDAVALLE (*Catanzaro*). — Due cond. Scad. 29 feb. L. 6000 senza altra indennità (*sic*).

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — 19 medici chirurgi assistenti con funzioni di interno; scad. ore 16 del 15 febb. Vice dirigenti degli Ambulatori comunali oto-rino-laringoiatrico ed ostetrico-ginecologico. Scad. ore 16 del 29 feb. Vedi fasc. 5.

MILANO. *Pio Istituto di S.ta Corona.* — Medico Direttore della Colonia Marina, Istituti elioterapico-chirurgico e profilattico in Pietra Ligure; lire 25,000 compreso c.-v., più 50 % introiti interv. operat. abbienti, villa di alloggio, illumin., ecc.; prova annua, conferme triennali. Scad. ore 17 del 5 marzo. Età lim. 40, salvo eleggibili a cattedra universitaria di patol. sper. chir. o clinica operat. o, per esami, a chirurgo prim. Rivolgersi all'Ufficio di Protocollo (via C. Correnti, 13).

MONTEPULCIANO. *RR. Ospedali Riuniti di S. Cristofano.* — Direttore sanitario, chirurgo operatore. Scad. 28 feb. Vedi fasc. 5.

PALIANO (*Roma*). — Ab. 6267. Due cond. L. 8000 e due c.-v. senza le suppletive; L. 600 all'uff. san. Scad. 20 feb. Domande all'Ufficio Comun. Serv. entro 20 giorni. Chiedere annunzio.

RAVENNA. — Cond. per la fraz. Porto Corsini; L. 8500 e bienni del ventesimo; c.-v., L. 2000 per cavallo od autoveicolo oppure L. 500 per bicicletta, *salvo le modificazioni in corso di approvazione.* Scad. ore 17,30 del 26 feb. Età lim. 40. Tassa di concorso L. 50, a mezzo di cart.-vaglia. Serv. entro 20 g. Ab. circa 1500 di cui 150 pov.

RIVAROLO DEL RE (*Cremona*). — Proroga ore 12 dal 29 febbraio. Vedi fasc. 4.

SANNICANDRO GARGANO (*Foggia*). — 2° reparto. Scad. 30 g. dal 25 gen. Età lim. 45. Cartol.-v. di L. 50.20 intestata al Tesoriere comunale. L. 5500 e quadrienni decimo, oltre le indenn. c.-v.

TRENTO. — Medico del dispensario comunale per la sifilide e per le malattie veneree. Scad. 15 feb. Stip. L. 6000. Quattro ore settimanali. Per condizioni dettagliate rivolgersi all'Ufficio municipale d'Igiene.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Divisione Chirurgica IIª; L. 4800 lorde. Titoli ed esami. Nomina biennale, conferma annuale. Documenti al Protocollo non oltre le ore 17 del 20 feb., accompagnati da cart.-vaglia di L. 50 quale tassa di ammissione. Età lim. 35. Quattro anni in ospedali, cliniche o condotte e laurea da sei anni; eccezioni per gli attuali assistenti.

VERONA. *Ufficio d'Igiene e Sanità.* — Direttore del Dispensario per le malattie veneree e sifilitiche; L. 2876, delle quali 1600 parte fissa e 1276 provvisoria, più i c.-v.; in tre rate trimestrali. Scad. ore 16 del 29 feb. Nomina biennale confermabile. Serv. entro 15 g. Orario: 2 ore in tutti i giorni feriali più 3 ore settimanali per le dermatosi.

Diffide.

La Commissione di Controllo dell'Associaz. Naz. Medici della Marina Mercantile diffida tutti i colleghi a non stabilire con le Compagnie di navigazione nessun nuovo contratto che non abbia ottenuto prima l'approvazione da parte dell'Associazione, riservandosi ogni azione contro i colleghi che non credessero di uniformare la loro azione ai principî sopra esposti.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Facoltà Medica di Pavia ha chiamato ad unanimità il prof. Amilcare Bietti a coprire la cattedra di Clinica oculistica rimasta vacante in seguito al ritiro del prof. Fabbri dall'insegnamento per limiti di età.

Il prof. Bietti, dopo essere stato assistente nelle Cliniche oculistiche di Parma, di Torino, di Rostock e Friburgo (con Axenfeld) e avere studiato a Würzbug (con Hess), fu aiuto a Padova, e nel 1908 risultò per concorso a Cagliari, donde fu trasferito a Siena, che ora abbandona per Pavia.

Lavortore indefesso, ha portato pregevoli contributi alla batteriologia ed all'istopatologia del-

l'occhio; diagnosta sicuro, operatore abile, docente efficace, ha preso parte a varî concorsi, riportandone sempre giudizi molto lusinghieri.

Rallegramenti cordiali.

Il prof. Paolo Gaifami è stato chiamato, con votazione unanime, dalla Facoltà medica di Siena, all'insegnamento della Clinica ostetrico-ginecologica. Quasi contemporaneamente veniva invitato anche a Sassari.

Il Gaifami, formatosi alla scuola del sen. Pestalozza, è autore di pregevoli studi clinici e scientifici; i nostri lettori lo conoscono ed apprezzano per il suo «Prontuario di Terapia Ostetrica»; ha pubblicato anche un'esauriente monografia sulle indicazioni dell'aborto terapeutico. Dirige il periodico «La Clinica Ostetrica». È un operatore abile e avveduto e uno studioso appassionato.

Ha di recente assistito al parto della principessa Iolanda.

Esprimiamo il nostro compiacimento al valoroso ostetrico-ginecologo, nostro ottimo amico, per il mandato testè affidatogli.

Il prof. Giuseppe Muscatello, in seguito a voto della Facoltà medica di Catania ed a parere favorevole del C. S. della P. S., è passato dalla cattedra di patologia chirurgica a quella di clinica chirurgica e medicina operatoria.

Erratum. — Nel fasc. 5, p. 174, col sin., lin. 35-36 leggere: Giovanni Antonelli.

QUALCHE GIUDIZIO SUL "POLICLINICO".

Ci è grato riportare alcuni altri giudizi di nostri lettori: li preleviamo senza cernita tra i molti che ci sono pervenuti in occasione del passaggio da un anno all'altro: ne conteniamo il numero, per necessità di spazio e per evitare inevitabili ripetizioni.

L'AMMINISTRAZIONE.

Il dott. Giovanni Paoletti, di Somma Lombardo (Milano), scrive:

«Nel presentare un nuovo abbonato alle Sezioni Medica e Pratica del «Policlinico» nella persona del dott. Gino Zuccardi Merli assicuro che procurerò loro altri abbonati affinchè il prezioso periodico porti la luce della scienza ovunque e crei anche negli angoli più remoti gli entusiasmi di cui oggi gode il meritato tributo».

Il dott. Alberto Fienga, di Scafati (Salerno):

«Sono un vecchio abbonato ed ho sempre piacere d'avere questa bella Rivista che è una delle più perfette che si legge con passione».

Il dott. Barbanti Brodano di San Giovanni Marignano (Forlì):

«Auguro al *Policlinico* quale consigliere di noi sperduti nelle condotte di estendersi e di prosperare a maggior decoro e conforto della classe medica».

Il dott. Ottavio De Lollis, di Chieti:

«Sono da ventiquattro anni abbonato al *Policlinico* la lettura del quale mi è più che sufficiente per essere al corrente del movimento della scienza medico-chirurgica».

Il dott. Amos Bargero, di Castel Bolognese:

«Al 16° anno di abbonmento alle Sezioni Pratica e Medica ritengo ancora il *Policlinico* l'indispensabile per ogni medico che non voglia vegetarsi».

Il dott. Oreste Boero, di Milano:

«Vecchio abbonato, compio il mio dovere per l'anno in corso, non ostante che per ragioni di ufficio abbia a mia disposizione il Periodico.

Ma gli antichi non debbono abbandonare il simpatico *Policlinico* ed i nuovi debbono aumentare sempre... per dar prova di non essere da meno dei colleghi.

Ecco dunque la mia *venticinquesima quota* di abbonamento. *Durate et vosmet rebus servate secundis*».

Il dott. Nicola De Caro, di Bari:

«Nell'inviarle l'importo del mio abbonamento alla Sezione Pratica del *Policlinico* pel 1924 auguro allo stesso Giornale che possa sempre più diffondersi pel bene dell'umanità e della scienza».

Il dott. Luigi Cinquini, di Seriate (Bergamo):

«Sempre entusiasta e soddisfattissimo di questo indispensabile Periodico, invio la mia quota d'abbonamento».

Il prof. Vincenzo Mione, di Napoli:

«Rinnovo l'abbonamento alla Sezione Pratica del *Policlinico* che fa davvero onore alla stampa Medica Italiana».

Il dott. Francesco Morrone, di Pietrapaola (Cosenza): «Nel diventare sempre più affezionato al nostro (mi permetta la parola) *Policlinico*, rinnovo l'abbonamento».

Il dott. Leonardo Grossi, di Genova:

«Rinnovo l'abbonamento con l'augurio che il *Policlinico* si diffonda ancora maggiormente come lo meritano i suoi pregi scientifici e pratici. Ella sa che è l'augurio di un amico affettuoso».

Il dott. Vito Carano, di Gioia del Colle (Bari):

«V'invio l'abbonamento al *Policlinico*, con l'augurio che possa rendersi sempre più indispensabile per noi altri Medici che viviamo in Provincia».

Il dott. cav. Giuseppe Ingrao, di Grotte (Catania): «La *Sezione Pratica* è indispensabile guida e conforto del medico condotto».

Il dott. Rocco Gaetani, di Torraca (Salerno):

«Il *Policlinico*, in ispecie la Sezione Pratica, è un ottimo giornale medico, e mi prometto di esserne un assiduo lettore».

Il dott. G. Sambataro di Fontanellato (Parma):

«Invio pel mio abbonamento annuale plaudendo al più completo e pratico periodico medico che aspetto sempre con desiderio ed accolgo con vivo piacere».

Il dott. Nunzio Ruggiero, di Giarre (Catania) scrive:

«I miei migliori auguri per una sempre più grande diffusione del «Policlinico» che tanto conforto intellettuale e tanta utilità sa arrecare specie ai medici che vivono lontano dai centri di istruzione medica».

Il dott. Guido Giagnoni, di Pratovecchio (Arezzo) scrive:

«Invio l'abbonamento pel 1924 al «Policlinico» che merita il plauso incondizionato di tutta la classe medica».

Il dott. Mario Castelbolognesi, di Rimini:

«Auguri di un vecchio abbonato al gradito, completo, autorevole Periodico».

NOTIZIE DIVERSE.

Missione Sanitaria Italiana per l'Afganistan.

Il 17 gennaio, col piroscafo «Genova», è partita da Napoli per Bombay la prima Missione Sanitaria Italiana, che giungerà a Kabul, capitale del vasto ed indipendente Stato dell'Afganistan, seguendo la via di Peschawer, il 10 febbraio corr.

Della Missione di cui sopra, organizzata con amorevole cura dal prof. Vincenzo Nicoletti per incarico avutone dall'Ufficio Civelli (Ente Colonie del Sindacato delle Cooperative Fasciste), fanno parte 13 sanitarii e 4 levatrici. A capo della Missione è il prof. Alessandro Regnoli; gli altri medici sono i dott.: D'Andrea, Monastra-Abate, Ciceri, Caselli, Nurra, Mercuri, Andreassi, Pagnacco, Mambrini, Giannantoni, Manconi e Poddighe, tutti valorosi giovani professionisti, ex-combattenti ed animati dal più sincero spirito di abnegazione per l'opera altamente umanitaria e civilizzatrice, che essi son destinati a svolgere per i primi (veri Missionari!) in un Paese, che, per quanto ospitale ed amico dell'Italia, è sprovvisto di qualsiasi organizzazione Igienico-Sanitaria.

In previsione delle necessità degli abitanti dei luoghi, nei quali dovranno svolgere la propria attività i Componenti questa prima Missione, dal Consulente Tecnico dell'Ente Colonie prof. Nicoletti, è stato provveduto alla dotazione di tutti gli strumenti, di tutti gli apparecchi, dei più svariati ed utili medicinali, dei sieri e di tutto ciò che potrà occorrere ai nostri bravi Colleghi per l'esercizio efficace della professione fin dal momento del loro arrivo nelle sette città, che dovranno presidiare dal lato igienico-sanitario. Tutti i materiali sanitari, in perfetto ordine e contenuti in oltre cento grandi casse, son partiti insieme ai Membri della Missione.

Nel rallegrarci di vero cuore della felicissima iniziativa del Capo del Nostro Governo, che ha subito raccolto l'invito rivoltogli da S. M. l'Emiro dell'Afganistan, di stabilire intimi rapporti intellettuali, culturali e commerciali con lo Stato Indipendente, che Egli governa con l'intendimento di sviluppare nel più breve tempo la civiltà ed il benessere, inviamo il più fervido «bravo» e l'augurio fraterno ai coraggiosi Sanitarii, che saranno i pionieri della umanitaria Scienza ed Arte Medica nell'Asia Centrale.

Corso straordinario sulle malattie tubercolari.

Nell'Istituto di studi scientifico-pratici sulla tubercolosi che ha sede in Genova, presso la Clinica Medica della R. Università diretta dal prof. sen. E. Maragliano, si terrà dal 24 aprile 1924 al 24 maggio 1924, un corso straordinario sulla Patologia e Clinica della Tubercolosi. Questo corso comprende: *a*) Lezioni ed esercitazioni pratiche di clinica e di laboratorio sulla patologia generale della tubercolosi e delle malattie tubercolari del polmone, lezioni che avranno luogo nella Clinica Medica del prof. Maragliano e nei Laboratori ad essa annessi. *b*) Lezioni ed esercitazioni sulla tubercolosi chirurgica, nella Clinica Chirurgica diretta dal prof. Tusini. *c*) Lezioni ed esercitazioni sulla clinica speciale delle malattie tubercolari. [Prof. Pacchioni (Pediatria), prof. Clivio (Ginecologia), prof. Radaeli (Dermopatica), prof. Masini (Otorinolaringoiatria), prof. Ovio (Oculistica)]. *d*) Conferenze dimostrative dei Professori: Canalis (Igiene), Trambusti (Patologia Generale), Livierato (Patologia Speciale Medica), Morselli (Neuropsichiatria), Fabris (Anatomia patologica), Ferrando (Medicina legale).

I medici italiani e stranieri vi sono liberamente ammessi. L'iscrizione è gratuita. I medici stranieri che dopo il corso vorranno continuare a seguire le esercitazioni cliniche nella Clinica del prof. Maragliano vi saranno accettati.

Indirizzare le domande alla Direzione dell'Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla Tubercolosi, via Balilla, 5, Genova.

Secondo Congresso dei Medici infortunisti e studiosi delle assicurazioni sociali.

Il secondo Congresso dei medici infortunisti e studiosi delle assicurazioni sociali verrà tenuto quest'anno con ogni probabilità a Venezia nella prima metà di giugno. In esso verranno discussi i temi delle «concause in infortunistica» e della «restaurazione funzionale degli infortunati». Verranno più tardi comunicate le modalità più precise del Congresso, al quale è già assicurata la partecipazione di valenti relatori, e l'intervento di numerosi medici e studiosi di assicurazioni sociali.

Chi desidera già fin d'ora informazioni, può rivolgersi alla Federazione dei medici infortunisti, Via dei Mille, 16, Torino.

La Fondazione Rockefeller e il problema della malaria in Italia.

È giunto in Roma il dott. L. W. Hackett, Direttore Regionale dell'Ufficio Sanitario Internazionale della Rockefeller Foundation, per compiere sul «Problema malarico in Italia» gli studi che gli sono stati commessi dalla stessa Fondazione Rockefeller, al fine di poter concretare un utile programma di cooperazione tecnica e finanziaria fra la benemerita Istituzione e l'Amministrazione sanitaria italiana, nel nobile intento di intensificare la lotta contro la grave malattia che ancora funesta alcune plaghe del nostro Paese.

Nell'atto di presentare al dott. Hockett, al Palazzo Viminale, i Capi servizio dell'Amministrazione sanitaria centrale, il Direttore Generale della Sanità Pubblica si è dichiarato lieto di porgere all'illustre sanitario il benvenuto nel nostro Paese, nel quale all'eminente malariologo sarà offerto ogni ausilio per permettergli di esaminare e studiare da vicino quanto l'Italia ha fatto per combattere la malattia, i metodi in ciò usati e i risultati cospicui fin qui conseguiti.

Il dott. Lutrario ha formulato, infine, l'augurio che frutto di tali indagini possa essere la realizzazione del nobile proposito manifestato dalla Fondazione Rockefeller e al quale il Governo Nazionale ha dato, in via di massima, la sua adesione.

Il dott. Hackett, mostrandosi grato per le gentili espressioni rivoltegli dal Direttore Generale della Sanità Pubblica, ha desiderato porre in chiaro che, nell'azione che si propone di svolgere la Fondazione Rockefeller in Italia, nel campo della lotta contro la malaria, non devesi vedere, come non costituisce, un'azione di beneficenza, ma devesi vedere unicamente l'estrinsecazione di uno dei suoi caposaldi programmatici, quello, cioè, di promuovere il miglioramento delle condizioni dell'umanità in tutto il mondo.

Questo programma, al presente, viene svolto in ben 39 Stati del mondo, e si estrinseca, fra l'altro, con la partecipazione della Fondazione Rockefeller, in cooperazione con le autorità governative dei rispettivi Paesi, a studi e a dimostrazioni della cura e della profilassi delle più gravi malattie a carattere infettivo e sociale, quali appunto la malaria, l'anchilostomiasi, la febbre gialla. Negli speciali riguardi dell'Europa, ha ricordato le cospicue somme erogate dalla Fondazione Rockefeller per la creazione in Inghilterra di un istituto di studi medici coloniali, e per la lotta contro la tubercolosi in Francia.

Il dott. Hackett ha concluso dichiarandosi lieto di intraprendere le ricerche che lo interessano in un Paese come l'Italia, per il quale nutre sentimenti di fervida simpatia.

Il dott. Hackett, che è stato messo subito a contatto col Capo del Laboratorio di Micrografia e Batteriologia della Sanità Pubblica, quanto prima intraprenderà una serie di escursioni nelle località risanate e in quelle ancora tipicamente malariche.

Un nuovo Ospedale Italiano a New York.

Si è iniziata una propaganda per raccogliere fondi per la costruzione di un nuovo ospedale italiano a New York, che sostituisca quello esistente il quale si rivela oggi insufficente pei bisogni della colonia. È preveduta fin da ora una spesa di due milioni di dollari.

Scambi colturali con la Russia.

L'Ufficio Riunito d'Informazioni a Mosca comunica che ha cominciato a svolgere la propria attività per secondare un continuo e sistematico contatto culturale fra l'Unione delle Repubbliche Sociali dei Soviet e l'Europa Occidentale.

Detto Ufficio si trova in stretti rapporti colla maggioranza delle Istituzioni scientifiche e culturali della U. R. S. S. ed è in grado di svolgere un accurato scambio delle edizioni letterarie, scientifiche ed altre, periodiche e non periodiche, fra le Istituzioni e persone cointeressate dei Paesi dell'Europa Occidentale e della Russia.

Detto Ufficio ha pure per scopo d'inviare informazioni sulla attività scientifica nei vari campi a quelle istituzioni dell'Europa Occidentale che si interessano di stabilire un contatto continuo con analoghe istituzioni della U. R. S. S.

Le istituzioni e persone interessate sono invitate di rivolgersi per detto scopo direttamente al « Bureau éuni d'Informations » in Mosca, Tverskaia Uliza, n. 3, o al Rappresentante del detto Ufficio in Italia, dott. M. Sceftel, Delegato Croce Rossa e del Commissariato della Salute Pubblica in Italia (Roma, Corso d'Italia, 44-A).

Lotta contro il cancro.

Il 29 gennaio al Policlinico Umberto I di Roma, sotto la presidenza del prof. F. Ghilarducci, ebbe luogo l'annunciata assemblea degli aderenti al Centro regionale di Lotta contro il Cancro, società che si propone di iniziare e portare a compimento una santa crociata contro il terribile flagello. Tra gli intervenuti erano i proff.: sen. Pestalozza, Alessandri, Dionisi, Bastianelli, Carducci, Levi, col. med. Riva, Ilvento, Artom, Gallenga, Serena, Lanzi, ecc.

Approvato lo statuto sociale, si addivenne alla nomina del Consiglio Direttivo che risulta così composto: Prof. Ghilarducci, *presidente;* Prof. Dionisi, *vice-presidente;* Proff.: sen. Pestalozza, Alessandri, Margarucci, Gallenga (presidente Ordine dei Medici) e Levi, *consiglieri;* Prof. Attilj, *segretario;* Prof. Artom di Santagnese, *economo-cassiere.*

Tutti coloro che sentono il desiderio di collaborare a questa opera altamente sociale ed umanitaria sono pregati di inviare la loro adesione alla sede del Centro al Policlinico.

Elargizioni e lasciti.

La marchesa Paolina Ala Ponzone, contessa di Cimino di Valenzano, morta a Cremona, ha legato 5 milioni a scuole e istituti di beneficenza.

Il conte Gaetano Bonoris, già Deputato, morto nel suo castello di Montichiari (Brescia), ha lasciato quasi tutta la sua sostanza, valutata in 20 milioni, alla Congregazione apostolica di Brescia allo scopo di promuovere e sussidiare istituzioni di pubblica beneficenza nelle provincie di Mantova e Brescia con speciale riguardo agli esposti e alla fanciullezza abbandonata. Già in vita aveva donato due proprietà per una Fondazione conte Bonoris in favore dell'infanzia abbandonata di quelle due provincie.

Il sig. Andrea Bodo, da Spotorno (Savona), ha lasciato circa mezzo milione in beneficenza.

Il sig. Carlo Agostinelli ha lasciato una tenuta del valore di oltre mezzo milione all'Ospedale di Biella.

Il cav. Ambrogio Colombo ha elargito 200,000 lire per l'erezione di un Padiglione Tubercolotici nell'Ospedale Civico di Gallarate (Milano).

Nel giornalismo medico.

Gli « Annali di Clinica Terapeutica », diretti dal prof. Domenico Lo Monaco, redatti dal prof. Attilio Busacca con la cooperazione di esperti colleghi, si propongono di raccogliere, per quanto è possibile, i lavori originali di terapeutica nelle diverse branche della medicina e di dare larghi riassunti di quelli già pubblicati nelle riviste mediche italiane e straniere; permetteranno così ai medici di ternersi al corrente degli incessanti progressi della terapia, la quale costituisce lo scopo supremo della medicina. Gli uffici hanno sede in Roma, via Principe Umberto, 119.

« L'Osservatore Medico » reca il sottotitolo di « Bollettino e Rivista di Medicina e Scienze Affini Sperimentali »; si pubblica a Catania, in fascicoli bimestrali ed eventualmente in fascicoli supplemetari non periodici; ha l'organamento di una rivista generale di medicina, con lavori originali, studi critici, recensioni, ecc. Direzione: via Teatro Massimo, 15; Amministrazione: Piazza Spirito Santo, 37.

Ai nuovi confratelil i nostri auguri.

Pro studenti giapponesi a Parigi.

L'Università di Parigi ha deliberato di accordare ai giapponesi che intendano intraprendere gli studi in quell'Ateneo, l'iscrizione gratuita e l'esenzione dalle tasse accademiche.

Nella Facoltà Medica siberiana.

Nell'Università di Omsk (Siberia) è stato completamente organizzata la Facoltà di medicina con i seguenti insegnamenti: anatomia normale, fisica, chimica inorganica, zoologia, botanica, economia politica, matematica, chimica dei colloidi. chimica organica, chimica analitica, chimica fisiologica, istologia, fisiologia, anatomia patologica, patologia generale, farmacologia, batteriologia, medicina operatoria, anatomia topografica, semeiotica, patologie speciali medica e chirurgica, cliniche medica e chirurgica, ostetricia e ginecologia, oculistica, pediatria, dermatologia, psichiatria e neuropatologia, medicina legale, igiene. Inoltre si impartiscono corsi di embriologia, microbiologia, anatomia topografica, otorinolaringoiatria. Si tiene, in fine, un corso di lingua latina.

L'augurio della C. R. I. ai soldati ed ai marinai infermi.

Il Presidente della Croce Rossa Italiana, in occasione delle feste del Natale, del Capodanno e della Epifania, ha inviato ai Direttori degli Ospedali Militari, dell'Esercito e della Marina, per ogni soldato e marinaio, la collezione delle 35 cartoline d'arte stampate a ricordo della guerra a cura dell'Associazione e su disegni originali del pittore Bernardo Cascella. Ad ogni Ospedale la spedizione è stata fatta in numero sufficiente perchè ogni degente abbia la collezione delle 35 cartoline da spedire ai suoi amici e ai suoi parenti, per gli auguri delle feste.

Il dono si ispira al senso antico, sempre riconfermato, di solidarietà della C. R. I. verso gli Istituti Sanitari dell'Esercito ed alla sua fraternità augurale verso gli ufficiali e i soldati della Patria. Il numero delle cartoline che sarà così distribuito, è di circa 200 mila.

A Milano a 71 anni, il 16 gennaio 1924 moriva il dott. comm. ARRIGO MARONI medico primario emerito e direttore dell'Ospedale Fatebenefratelli.

Laureatosi giovanissimo a Bologna sotto Concato, percorse la carriera ospitaliera nell'Ospedale Maggiore di Milano distinguendosi sempre tra i primissimi nei pubblici concorsi tanto da essere chiamato nel 1887 al posto di primario all'Ospedale Fatebenefratelli, diventandone poi nel 1902 anche direttore.

Professionista distintissimo, di vasta e profonda coltura, ebbe un periodo di grande notorietà anche per l'amicizia che lo legava con le più cospicue personalità della politica, delle arti e lettere del suo tempo; ingegno pronto e vivace, spirito critico armonicamente fuso ad un raro acume clinico avrebbe potuto aspirare a più alta posizione se la sua eccessiva modestia, che talvolta lo faceva apparire anche timido, non gli avesse diminuito l'esatto giudizio del suo valore. Estraneo a qualsiasi competizione di parte, visse intieramente per il bene dei suoi ammalati, per la sua famiglia, per il suo Ospedale; lasciò ovunque indimenticabile rimpianto.

C. VALLARDI.

Vittima di fulmineo morbo (setticemia carbonchiosa), contratto nell'adempimento della sua umanitaria missione, decedeva in Salandra (Potenza), fra il generale rimpianto, a 44 anni, il 23 gennaio u. s., il dott. GIUSEPPE CARAMANDA, capitano medico di complemento, medico condotto. Aveva partecipato all'ultima guerra con reparti operanti ottenendo varie ricompense. Era generalmente amato e stimato per le sue elette virtù. Gli sono state tributate solenni onoranze.

Dott. A. M. M.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di luglio 1923.

MALATTIE	2-8 luglio		9-15 luglio		16-22 luglio		23-29 lu8lio		30 luglio 6 agosto	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	223	1568	215	1341	166	803	200	1378	185	1115
Scarlattina . .	95	324	91	302	76	216	93	321	1 15	275
Vajuolo e vajoloide.	4	6	6	10	6	7	7	7	10	11
Tifo addominale	153	315	197	425	173	372	227	537	292	570
Difterite e croup	86	156	87	135	64	109	98	161	115	174
Meningite cerebro spinale . .	7	8	4	4	4	4	5	5	3	3
Dissenteria . .	6	8	10	25	10	16	13	14	19	45

Tifo petecchiale, Colera asiatico, Peste bubbonica, nessuna denunzia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Archives of Radiol., ecc., sett. — H. C. JACOBAENS. Cauterizzaz. delle aderenze nel pneum. art. sotto il controllo toracoscopico.

Japan Med. World, 15 ag. — M. TSUNEURI et al. La peste pneumonica.

Igiene Moderna, lug. — G. GRAZIADEI e G. MIRONE. Potere decolorante dell' inchiostro di China e sue applicaz. sulla tecnica batteriolog.

Practitioner, ott. — W. JONES. Dietetica delle nefriti. — T. OLIVER. Malattie fibrogene dei polmoni.

Rif. Med., 1 ott. — G. GOGLIA. Itteri emolitici sifilitici.

Mediz. Klinik, 16 sett. — WESTENHÖFER. Caratteristiche morfologiche: significato prognostico. — ESCHBAUM. Diagnosi differenziale delle coliche addominali. — H. HECHT. Trattamento abortivo della gonorrea.

Rev. de Hyg., 30 giug. — J. FERRAN. Sulla nuova etiologia e profilassi della tbc.

Münch. Mediz. Wochens., 5 ott. — G. LINZENMEIER. La velocità di sediment. delle emazie e suo valore pratico.

Revue Neurol., ag. — L. FREY. La sindròme del nervo auricolo-temporale. — DUFOURMENTEL e BÉHAGUE. Cause e trattam. di certe nevralgie delle «essenziali» del trigem.

Brit. Journ. Children's Dis., lug.-sett. — G. W. RONALDSON. Fenomeni da siero e loro relazione con la prognosi della difteria.

Studium, 20 sett. — A. CARDARELLI. Avvertimenti semiotici da tener presenti nell'esame dell'ammalato.

Ann. di Cl. Med. e di Medic. sperim., 15 lug. — M. LOMBARDO. Fisiopatol. del fegato. — L. GIUFFRÈ. Malattie da carenza.

Giorn. del Med. Prat., sett. — E. PALLESTRINI. Le coritze spasmodiche e il loro trattam.

Arch. di Antrop. crim., lug.-ag. — R. COLELLA. Neuro-psicosi traumatica e arteriosclerosi.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., ott. — S. KURE e R. SHIMODA. Il cervello nella demenza precoce.

Clinica y Laboratorio, ott. — A. LORENTE SANZ. Infantilismo e nanismo cardiaci. — R. NÔVRA. Esame del chimismo gastrico.

Radiologia Med., ott. — E. MILANI. La funzionalità del tenue (digiuno) studiata con la seriografia.

Amer. Journ. Obst. a. Gynec., sett. — E. W. HOLLADAY. Trattamento delle infezioni pelviche nelle donne. — I. KROSS. Etiologia e patologia delle infiammazioni pelviche. — W. THALHIMER e B. M. HOGAN. Sepsi puerperali da *B. influenzae*. — H. THOMS e A. A. HERSHMAN. Precocità sessuale.

Presse Méd., 10 ott. — J. BRAINE e A. RAVINA. Le lesioni traumatiche dei boxeurs.

Annali d'Igiene, sett. — F. NERI. Via enterica e via parenterica nella vaccinazione antitifica. — A. GALAMINI. Fauna anofelica e lotta invernale contro la malaria.

Edinb. Med. Journ., ott. — Numero monografico sull'osteite fibrosa e sulle distrofie ossee.

Arch. Mel. du Coeur, ecc., sett. — R. ALEXANDRE e R. MOULINIER. Oscillometria clinica.

Riv. Cl. Ped., ott. — A. AMATO. Eziologia delle malattie esantem. con spec. rig. alla scarlatt.

Paris Méd., 6 ott. — Numero sulle mal. nervose.

Journ. A. M. A., 29 sett. — W. C. DAUFORTH e C. H. DAVIS. Analgesia e anestesia ostetriche. — G. HEINSER, J. P. LEAKE, J. N. FOSCE. Vaiolo e vaccinazione.

Deut. Mediz. Woch., 12 ott. — H. DELLER e al. Reazioni immunitarie.

Giorn. di Clin. Med., 10 ott. — G. GELLI. Irradiazione della milza nei tubercolotici.

Gazz. d. Osp., 10 ott. — G. AVEZZU. Quantimetria del sangue emesso con le urine.

Riforma Med., 15 ott. — A. GIAMPAOLO. Intradermoreazione nell'echinococcosi umana. — F. GALDI. Malaria e diabete.

Münch. Med. Wochens., 12 ott. — O. WUTH. Sul morfinismo. — F. HOFF. Intracutaneo-terapia aspecifia e funzioni biologiche della cute.

Rev. de Med. y Cir., ott. — M. BONAFORTE. Il problema della terapia del cancro dell'utero. — R. DARGALLO e L. CARRERAS. Corpo estraneo intramediastinico ignorato per 16 anni.

Acta Med. Scandin., VI. — G. SÖDERBERGH. La sindrome extrapiramidale di Wilson. — R. JAKSCH. WARTENHORST. Encefalopatie influenzali. — C. LUNDSGAARD e K. SCHIERBECK. Sul volume dei polmoni.

Bull. Ac. Méd., 2 ott. — L. BERNARD. Sull'alastrim.

Revue Psychol. appl., sett. — A.-C. GUILLAUME. Incontinenza notturna d'urina e vagotonia.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 14 ott. — C. PRINETTI. Spirometria e pneumatometria.

Medic. Ibera, 13 ott. — CAVENGT. Nuovi orientamenti nei disturbi di nutrizione de la Bante.

Revue de Droit. Pénal et de Crimin. et Arch. Int. de Méd. Lég., ag.-ott. — V. BALTHAZARD. La medicina francese e le leggi sociali.

Sperimentale, III-IV. — G. C. ROVIDA. La reaz. di Sachs-Georgi nella scarlatt. — G. FAVILLI. Azione degli autolisati fetali sul meccanismo del parto.

Boston Med. a. Surg. Journ., 4 ag. — H. R. VIETS. Sifilide e traumi.

Riforma Med., 22 ott. — L. MANFREDI. Capillaroscopia.

Journal A. M. A., 13 ott. — E. R. LEWIS. Anestesia generale per via ipodermica. — L. A. LURIE. Il bambino subnormale e psicopatico.

Wien. Klin. Wochens., 18 ott. — R. KAWANO. Difterite e ozena.

Presse Méd., 17 ott. — E. SERGENT. Lo squilibrio funzionale del diaframma. — 20 ott. G. CARONIA. Etiologia del morbillo.

Riv. crit. di Clin. Med., 25 ag. — E. ENRIQUES. Quantimetria della bilirubina nel sangue.

Bull. Ac. Méd., 9 ott. — FORGUE e GRYNFELIT. L'obliterazione dell'orifizio addominale delle trombe nelle salpingiti.

Ann. di Ostetr. e Ginec., sett. — G. ALBANO. L'acidosi gravidica.

Acta Dermato-Venereologica, 2. — O. ELIASCHEFF. Dermatite erpetiforme. — E. PULAY. La chi-

mica del sangue nei rapporti con la dermatologia. — K. GRÖN. Ulcera tubercolare del labbro super. scambiata con ulcera dura.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 21 ott. — V. BARDI. Prostatiti acute nel decorso dell'influenza.

Journal A. M. A., 6 ott. — G. DICK e G. H. DICK. Scarlattina sperimentale. — H. LISSER e C. E. NIXON. Ritardo mentale e alterazioni endocrine. — C. A. PARKER. Flessione patologica del ginocchio.

Quarterly Journ. Medic., ott. — D. PATERSON e J. G. GREENFIELD. Polineurite eritroedemica, così detto morbo di Pink. — J. MILLER e A. RUTHERFORD. L'atrofia del fegato. — J. A. G. BURTON, J. CORVAN e H. MILLER. Miosite fibrosa generalizzata.

Bull. Ac. de Méd., 16 ott. — T. JONNESCO. Trattamento chirurgico dell'angina di petto.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ott. — A. ROCHAIX. Trattamento preventivo della rabbia.

Annales Inst. Pasteur, ott. — A. CALMETTE. Le vaccinazioni microbiche per via boccale.

Arch. Mal. Appareil Digestif, ecc., ott. — A. DANIÉLOPOLU e A. CARNIOL. Il gastrogramma normale e patologico. — L. TIMBAL. Le difficoltà diagnostiche nella stenosi pilorica.

Presse Méd., 24 ott. — J.-A. SICARD, J. PARAF e L. LAPLANE. Radiodiagnosi rachidea al lipiodoio.

Presse Méd., 31 ott. — R. LERICHE e A. POLICARD. Sviluppo scheletrico ed esostosi. — M. LAIGNEL-LAVASTINE. Igiene del simpatico.

Practitioner, nov. — N. RAW. Immunità antitubercolare. — E. F. CYRIAR. Deviazioni deboli della col. vertebr. — E. W. SCRIPTURE. Diagnosi prec. e trattam. della paral. gen.

Rass. intern. di Clin .e Ter., 5 — Numero sul sistema nervoso simpatico.

Scalpel. 27 ott. — L. VAN DEN WILDENBERG. Trattamento delle stenosi naso-faringee.

Colorado Medic., ott. — J. M. MAYHEW. La diagnosi dei dolori al lato destro dell'addome.

Deutsche Mediz. Wochens., 2 nov. — E. ROMBERG. Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica. — K. BONHOEFFER. Encefalite letargica e psichiatria. — A. BILSCHOWSKY. Posizioni abnormi del capo da disturbi dei muscoli oculari.

Revue franç. de Gynéc. et d'Obst., 10-25 ag. — Congresso sulla febbre puerperale.

Annali d'Ig., ott. — A. ALESSANDRINI e N. SETTE. Ricerche sull'emolisi. — G. CAVALIERE. Contributo allo studio del batteriofago.

Annali di Oftalm. e Clin. ocul., 6-7. — L. MAGGIORE. Influenza delle variazioni di tensione ocul. sulla rifraz. totale. — G. ALBERTOTTI. Lenti ed occhiali.

Arch. of. Radiol., ecc., ott. — C. P. G. WAKELEY. Radioterapia dell'actinomicrosi.

LA CLINICA OSTETRICA.

Rivista mensile diretta dal prof. PAOLO GAIFAMI.

SOMMARIO del N. 1: *Ai lettori*. — *Memorie originali*: R. BOMPIANI, E. BORGER: Il metodo Rulin per l'accertamento della pervietà delle trombe (1 figura). - M. SBROZZI: Un caso di corioepitelioma con perforazione dell'utero (1 figura). — *La Rubrica degli errori*: T. ISIDORI: Un caso di idramnios acuto. — *Fatti e documenti (clinici ed anatomici)*: E. MOMIGLIANO: Gravidanza tubarica bilaterale (3 figure). — *Quesiti degli abbonati e commenti*. — *Dalle riviste*. — *Rara et curiosa*. — *I libri*. — *Notizie*.

Abbonam.: Italia: L. 20, Estero: L. 25; per gli abbonati del *Policlinico*, rispettivamente L. 16 e L. 20. Inviare cartolina-vaglia al cav. Luigi Pozzi - via Sistina, 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 18 Febbraio 1924 Fasc. 7

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Epilessia di Bratz, criminalità ed istero-epilessia

pel dott. ETTORE PATINI
libero docente di Psicologia, Neuropatologia e Psichiatria.

L'osservazione di un soggetto che presentava una sindrome inquadrabile, a mio avviso, nella «epilessia di Bratz» mi dà motivo ad esporre delle considerazioni su questo tipo nosografico, nonchè su altri quali la «epilessia psicastenica di Oppenheim» e la «narcolessia di Gélineaud-Friedmann» che alcuni autori, come A. Morselli, (vedi suo Manuale di Psichiatria, pag. 298 e seg.) vorrebbero aggruppare in una categoria da denominarsi «psicolessia», e mi induce anche a tornare sulla *vexata quaestio* dei confini tra epilessia ed isterismo.

Ga. F., di anni 34, residente in Roma, celibe, barbiere.

Degli avi materni uno dedito all'alcool, morì per emorragia cerebrale.

Padre luetico e pure dedito alle bevande alcooliche, morto di nefrite.

Un cugino malato di mente e ricoverato al Manicomio di S. Maria della Pietà.

Madre morta a 28 anni per tubercolosi polmonare.

Un fratello morto in tenera età per convulsioni.

Una sorella pare abbia essa pure presentato una forma tubercolare, essendo stata curata in un sanatorio.

Il Ga., a quanto egli riferisce per aver udito dire, cominciò a camminare piuttosto tardi; sofferse nei primi anni di convulsioni; verso i sei anni ammalò di pleurite essudativa

doppia. Frequentò le scuole elementari che percorse per intero, senza ripetere classi e con discreto profitto; entrato nelle scuole tecniche, non riuscì a compiervi il primo anno, essendo incappato per la prima volta nel codice penale; fu carcerato per dieci giorni per avere colpito con una sassata un proprio compagno.

Uscito di carcere, si diede alla vita vagabonda; per vari furti riportò diverse condanne; gli fu inflitta l'ammonizione; fu sottoposto anche a vigilanza speciale e in fine inviato a domicilio coatto nell'isola di Ponza. Ha già lunghissima carriera criminale. Si tratta di una serie di reati, di condanne e di carcerazioni, la più importante delle quali fu di sedici mesi. Negli intervalli si occupò presso varie botteghe come barbiere avventizio.

Dopo il servizio militare contrasse una blenorragia e un'ulcera molle. Ebbe poi doppia adenite inguinale di cui fu operato. Sui venti anni e mentre si trovava a domicilio coatto, fu per leva chiamato alle armi e prestò servizio a Parma per 24 mesi nell'arma di fanteria e, cosa notevole, senza riportare alcuna condanna, ma solo qualche punizione disciplinare; in questo tempo abusò alquanto di alcoolici. Terminato il servizio militare, rientrò in famiglia. Dopo brevi giorni per altro fu richiamato alle armi per la guerra libica e inviato, dietro sua richiesta, in colonia ove stette nove mesi riportando sull'ultimo condanna ad un anno di reclusione per insubordinazione contro un ufficiale medico dal quale si riteneva vessato. Narra che, durante il servizio in Libia, sofferse molto per gli strapazzi e le paure, per i morti che vedeva squartati e decapitati. Una notte, uscito in servizio di perlustrazione e strisciando sul terreno, inciampò nel cadavere di un arabo; ne ebbe tale impressione che rimase svenuto, risvegliandosi tutto intontito solo all'alba; a questa epoca e a tale episodio fa risalire i primi disturbi nervosi e i primi attacchi convulsivi che poi si ripeterono da 10 a 12 volte durante la sua permanenza in Libia.

All'entrata dell'Italia nella grande guerra, fu il Ga. nuovamente richiamato alle armi e inviato al fronte; stette al Col di Lana ove rimase fino al dicembre 1915, senza riportare in questo lasso di tempo veruna condanna. Contrasse allora reumatismo articolare acuto per cui fu dichiarato permanentemente inabile ai servizii di guerra e rientrò al Deposito del Reggimento in Frosinone. Di là fu trasferito alla Maddalena ove, dopo un incidente avvenuto in un'osteria, seguito subito da un attacco convulsivo, fu processato e in seguito a perizia medico-psichiatrica assolto e riformato per vizio totale di mente.

Ritornato in Roma, fu condannato, a suo dire, innocentemente, a un anno di reclusione per furto con destrezza avvenuto sopra un tram e scontò la pena a Perugia. Indi se ne venne di bel nuovo a Roma ove fu condannato ad un altro anno di reclusione per il furto di una valigia alla stazione; scontata anche questa pena, si mise presso una sorella maritata, a carico della quale viveva, non sentendosi, egli dice, per le sue condizioni di salute, di lavorare.

Un giorno passando per via Madonna dei Monti, vide un affollamento di gente e, sentito dire che avevano rubato un portafogli ad una donna, fece per allontanarsi sollecitamente, ma fu fermato da un giovane il quale lo invitò a seguirlo; tentò fuggire, ma dopo pochi passi, non reggendo per l'affanno, cadde a terra. Allora fu preso e da alcune guardie regie accompagnato al Commissariato di P. S. del quartiere Monti e poi passato alle carceri di Regina Coeli. Durante il processo, proclamandosi egli innocente e vittima di circostanze avverse e di false testimonianze, inveì contro un testimonio lanciandogli una scarpa. Processato per questo nuovo reato, all'udienza inveiva contro il rappresentante della legge con le parole «a li mortacci tua e di quel cornutaccio». Onde nuovo processo per oltraggio.

Esame obbiettivo. — Individuo di statura media e di costituzione fisica apparentemente robusta, d'aspetto buono, quasi florido.

Plagio-cefalia frontale sinistra e parietale destra; nella regione fronto-parietale sinistra un segno cicatriziale antico da lesione riportata scherzando con i compagni. Altro segno cicatriziale non recente alla bozza parietale sinistra per lesione riportata cadendo in seguito ad un attacco convulsivo.

Fronte leggermente bombée per sviluppo dei seni frontali; rima palpebrale sinistra un po' più ampia della destra, di guisa che anche il bulbo oculare appare più grosso e più sporgente; iridi bicromatiche; naso deviato verso sinistra. Solchi naso-labiali disuguali: il destro più spianato. Dentatura irregolare per sviluppo, impianto e precoce caduta dei denti; palato ogivale.

Zigomi sporgenti; mento breve con infossatura mediana alla punta.

Padiglioni auricolari un po' spianati con lobulo sessile d'ambo i lati.

Nel complesso la faccia è alquanto asimmetrica; al lato destro fra il gonion e il margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo antico e irregolare segno cicatriziale da adenite suppurata; alla regione sottomascellare sinistra altro grande segno cicatriziale antico da adenite suppurata e più sopra verso l'orecchio alla palpazione si rileva tutto il pacco glandolare tumefatto e dolente.

Al petto antichi segni cicatriziali lineari, superficiali da lievissime autolesioni, infertesi, come spiega il soggetto, in momenti di rabbia. Alle due regioni inguinali antichi segni cicatriziali da adeniti suppurate.

Arti superiori un po' più lunghi che nella norma; sulla cute delle avambraccia numerosissimi segni cicatriziali lineari superficiali, alcuni più, altri meno antichi, da autolesioni; numerosi tatuaggi simbolici.

Il terzo dito del piede destro, accavallato sul secondo, ha i caratteri del dito a martello; al piede sinistro invece è il secondo dito accavallato sul terzo.

Ottusa la sensibilità tattile e così pure la dolorifica e la termica, con zone di ipoestesia e di ipoalgesia. Ottuse anche la sensibilità barica e alquanto meno la stereognostica. Poco precisa la muscolare ed articolare.

Il soggetto dice di sentirsi a volte come intontito, di soffrire cefalee, dolori sovra-orbitali e talora tremiti alle palpebre (blefarospasmo?).

Il campo visivo, esaminato col perimetro del Landolt, per i quattro colori: bianco, bleu, rosso e verde, su otto settori, sia partendo dal centro alla periferia sia viceversa, uniformemente e notevolmente ristretto in ambedue gli occhi e più ristretto nel sinistro; in genere, secondo la nota legge del Foster, maggiore procedendo dalla periferia al centro che in senso contrario; e infine, in ordine di grandezza pei vari colori, decrescente dal bianco al bleu, al verde, al rosso, con una inversione pei due ultimi colori.

Sensibilità uditiva diminuita a sinistra.

Sensibilità olfattiva e gustativa diminuite.

Apparato respiratorio: segni di bronchite diffusa più a sinistra. Escreato abbondante al mattino, a carattere muco-purulento.

Apparato circolatorio: pulsazioni in posizione eretta 83 al m. Area di ottusità cardiaca un po' maggiore della norma, estesa a sinistra, mentre a destra non oltrepassa il margine sternale; ictus della punta diffuso e spostato all'esterno della linea mammillare.

Soffio sistolico alla punta in primo tempo.

Il Ga. accusa affanno, che si rende palese alla più piccola fatica, come nel salir le scale: alla notte talora attacchi dispnoici.

Sonno piuttosto scarso con sussulti; sogni terrifici.

Motilità: lingua protrusa deviata verso sinistra; ipocinesia del VII inferiore di destra; movimenti coordinati, come quello di toccare coll'indice a occhi chiusi la punta del naso o di congiungere le punte dei due indici, poco precisi.

Forza muscolare ben conservata. Riflessi rotulei pronti e vivaci ai due lati; idem riflessi cremasterici.

Eccitabilità idio-muscolare spiccata specie sui muscoli pettorali e sul platisma mioide.

Riflessi vaso-motori pronti, spiccati e persistenti sia nel senso dello spasmo sia della paresi vasale, provocabili sia da stimolazioni meccaniche (dermografismo) sia da stati emotivi.

Tremori fibrillari della lingua protrusa; tremori finissimi vibratori delle dita delle mani stese in atto di giurare.

In posizione di Romberg dopo alcuni secondi oscillazioni della persona in vario senso.

Fenomeni convulsivi: I primi disturbi nervosi accessionali comparvero quando il soggetto era soldato in Libia in seguito allo spavento di essere inciampato di notte nel cadavere di un arabo; narra che perdette allora la conoscenza per molto tempo e quando la riprese, si sentì agitato. Simili accessi si ripeterono a vari intervalli, in tutto 10 o 12 volte, nel tempo che trascorse in Libia e ne era preso specialmente allorchè montava di guardia. Aggiunge che l'approssimarsi di un accesso gli è preannunciato da un senso di indebolimento di forze e da fenomeni vasomotori (sudori). Allora si corica a terra ed è preso da tremori diffusi; non grido iniziale, ma pallore del volto; qualche volta caduta con lesione al capo; qualche volta anche morsicatura della lingua; mai perdita involontaria di feci o di urine; dopo grandi e violenti convellimenti di tutta la persona, in capo a 20-30 minuti, l'attacco cessa e il soggetto ritorna in sè con senso di malessere; debolezza generale, vuoto alla testa; nessun ricordo di quanto è avvenuto durante l'attacco.

Esame psichico. — Durante il periodo di osservazione nessun disordine grossolano della intelligenza: il soggetto è bene orientato nel tempo e nello spazio, non ha disturbi psicosensoriali, non delirii, non alterazioni formali dell'attività raziocinativa, non fenomeni distimici, non turbe della condotta, ecc. Si presenta con contegno corretto e garbato, sostiene l'interrogatorio mantenendosi sempre presente e vigile in rapporto a quella che diciamo situazione attuale o del momento. Mostrasi in possesso di quel generico patrimonio di idee che suolsi utilizzare in una comune conversazione non vertente su argomenti tecnici o speciali.

Ad un esame poco approfondito lo si direbbe un soggetto normale.

Ma qualche nota di anormalità pur si riscontra in lui: ad esempio la poca sostenutezza dell'attenzione volontaria. Emerge questo difetto dai risultati delle prove coi *tests* mentali, sia delle addizioni succesive, sia del cancellare una determinata lettera in un brano scritto in una lingua straniera: in cui le omissioni e gli errori sono numerosissimi.

Siffatto contegno nelle prove sperimentali è in antitesi con quello che il soggetto manifesta nella conversazione e potremmo dire nei contatti sociali. Ma me lo spiego in gran parte, riflettendo che nei contatti sociali l'attenzione è vigile perchè spontanea e per lo più tenuta desta da interessi reali del soggetto, mentre nelle prove sperimentali manca lo stimolo di un interesse che tocchi davvero la personalità di lui ed il genere di applicazione richiesto può essere sentito come puramente formale, cioè artificiale e vuoto di significato e di interesse pratico. Può anche influire la monotonia del compito assegnato e il carattere insolito del lavoro cui l'attenzione è obbligata: onde, per la difficoltà del nuovo adattamento, si hanno presto fenomeni di stanchezza. Ad ogni modo questi risultati possono valere anche a spiegare, almeno in parte, la incostanza che il Ga. ha mostrato nel lavoro professionale, perchè sappiamo che non è mai riuscito a perdurare nell'esercizio di un dato mestiere.

Anche a carico della facile distraibilità mi sembra debbano ascriversi i risultati della prova di Ebbinghaus, di far completare le parole appositamente lasciate senza alcune lettere o sillabe in un brano che si dà a leggere al soggetto. Questo saggio è diretto piuttosto a svelare il grado della facoltà di comprendere e quindi il potere associativo. Ora il Ga., nel brano che gli abbiamo dato ad integrare, ha commesso numerosi errori che dovrebbero unitamente ad alcune parole non integrate, far ritenere che egli sia di deficiente capacità intellettuale. Ma poichè si ricava da altre fonti di esame che il Ga. non difetta di potere associativo, di capacità di comprendere e di critica, tenuto conto delle distrazioni in cui è incorso in altre prove ed in questa, devesi arguire che, se non è riuscito ad integrare alcune parole, se ne ha erroneamente integrate altre, ciò non è in dipendenza di scarso potere intellettivo, ma di deficente sfor-

zo di attenzione; ed è chiaro che, ove manchi l'attenzione o non la si metta in giuoco, qualunque intellettività debba rimanere virtuale, perchè è mediante l'attenzione soltanto ch'essa si attualizza e si estrinseca in una forma concreta.

Questo per l'attenzione.

Quanto a memoria, vi son da rilevare soltanto delle lacune abbastanza nette che involgono i periodi degli accessi convulsivi. In uno di questi accessi durante il servizio militare il Ga., dopo aver avuto un alterco con un altro soldato, improvvisamente aggredì un caporal maggiore; poi fu preso da convulsioni e cadde ferendosi al capo; onde fu ricoverato nell'ospedale militare del luogo. Orbene non solo il periodo delle convulsioni è inevocabile, ma anche quello immediatamente anteriore in cui il soggetto aggredì il caporal maggiore, nonchè quello successivo di una certa parte della degenza in ospedale. Per tutto il resto i ricordi son pronti, precisi, ordinatamente localizzati nel tempo e nello spazio, bene utilizzati nel discorso.

Trattandosi di individuo dalla lunga carriera criminale, non si poteva assolutamente trascurare l'esame dei sentimenti morali. Accenniamo brevemente che in questo soggetto, contrariamente a quanto si sarebbe indotti a pensare dopo aver preso visione del suo certificato penale, non si ritrova una deficienza del sentimento morale così grave quanto lo si poteva prevedere. Egli ha sufficentemente sviluppata l'affettività di famiglia, mostrasi anche incline all'amicizia, è sensibile alla benevolenza che altri gli dimostra. Una nota che conviene tener presente è che non ha orgoglio, nè cinismo dei propri reati: non se ne mostra, è vero, pentito o addolorato profondamente, ma non li esalta e tende a scusarsene, adducendo molte attenuanti che hanno, presumibilmente, la loro reale importanza; così l'essere rimasto orfano di padre e di madre in tenera età senza alcuna persona che lo sostenesse e lo educasse; l'essersi trovato ben per tempo in balìa delle necessità e delle insidie della vita sociale, l'aver troppo presto conosciuto il carcere e il domicilio coatto, lo esserne venuto via con insegnamenti morali a rovescio e con maggior avviamento al delinquere senza mezzi per affrontare le difficoltà dell'esistenza ed incontrando sempre più, per la sua stessa qualità di delinquente bollato dal marchio della degenza in carcere, la diffidenza e l'ostilità della società, la quale per sua preventiva difesa gli chiudeva le porte dell'onesto lavoro e lo eliminava dalla compagnia della gente da bene.

Questi argomenti spesso ricorrono nei suoi discorsi e si ritrovano anche in un memoriale appositamente da lui redatto, in cui racconta che restò orfano ad otto anni e vivendo senza conoscere il *bene* ed il *male*, cadde nel reato appena decenne e parla della *lieve capacità di chi infranse più volte il codice penale*, si chiama *disgraziato* perchè non ha conosciuto *carezza* di *genitori* e si lagna della società che, *invece di aiutarlo* a redimersi, lo ha *mandato al domicilio coatto*.

Questa specie di credito morale che egli vanta verso la società, quasi a risarcimento del vedersi dalla medesima respinto, trova anche appoggio in un'altra nota del suo carattere.

Come anche altri criminali, egli ha in senso egoistico un sentimento di giustizia molto vivo, molto accentuato, potremmo dire esaltato.

I criminali in genere, mentre con molta facilità infrangono il diritto altrui, non tollerano per converso che altri infranga il loro; e non sanno rassegnarvisi. Innanzi ad una lesione vera o presunta del loro diritto non disarmano più, non hanno più pace e non danno più tregua. Il desiderio del risarcimento, che può anche coincidere col ripristinarsi delle condizioni che son nell'ordine della giustizia, diventa il pensiero torturante della loro vita.

Il Ga. mostrasi appunto incrollabilmente persuaso che il processo ultimo per furto intentato contro di lui sia la conseguenza di un equivoco, affermandosi innocente e dichiarando false le testimonianze a suo carico, nonchè ingiusto il procedimento sommario con cui il rappresentante della pubblica accusa voleva far decidere la causa. La sua brama di veder riconosciuta la sua innocenza, la sua sete, diciamo così, di giustizia, è uno dei suoi più vivaci e più emotivi obietti mentali del presente periodo e si innesta con l'altro affine del ritenersi ingiustamente trattato dalla società: l'uno richiama l'altro. Non son delirii, ma son due contenuti dominanti della sua psiche.

È da rigettare l'idea che il Ga. sia un simulatore. Circa la maggior parte dei reati addebitatigli non è reticente e non cerca neppur di coprire le sue responsabilità con argomenti che alterino o mascherino i fatti, ma solo tenta giustificarsi a suo modo, facendo valere quelle ragioni che ritiene militino in suo favore; e quanto all'oltraggio lanciato in udienza al rappresentante della pubblica accusa, mentre si discuteva un processo a suo carico, e che ha dato luogo all'ultima sua imputazione, non solo confessa di aver pronunziato le parole offensive, ma non chiede attenuanti, nega che egli fosse in quel momento in istato di pazzia e si accanisce invece a far apparire la sua reazione come quella che non poteva esser diversa in chi si senta colpito da una patente ingiustizia. Su questo argomento mostrasi anzi soverchiamente concitato ed il suo stato emotivo si palesa con segni somatici; il che è anche ragione, seppur vi fosse bisogno di invocarne altre, per escludere la simulazione.

Gli accessi convulsivi che ha presentati, pel modo come sono descritti nei documenti militari dei quali ho preso visione, non possono ritenersi simulati. Insomma il complesso della condotta rivela una certa spontanea schiettezza: sopratutto egli è troppo impulsivo negli atti e nelle parole per poter volontariamente simulare. Nel già citato memoriale, rivolgendosi a chi legge, così si esprime: « *Voi avete dinanzi a voi la verità in persona* ». La affermazione è senza dubbio iperbolica, ma ci sembra che abbia un contenuto fondamentale di sincerità.

V'è da rilevare in ultimo la accentuata emozionabilità del soggetto. Di questa si hanno due manifestazioni culminanti. La prima è apparsa talvolta nei momenti di sconforto e di sdegno, come il Ga. riferisce, ed allora

egli ha tempestato la cute del proprio corpo di piccoli tagliuzzamenti: sulle sue braccia è tutta una disseminazione di minute cicatrici lineari biancastre che si mescolano ai tatuaggi e sono i reliquati delle piccole ferite che egli medesimo si inferse, abbandonandosi a smanie nelle quali, non potendo rivolgersi contro altri o contro le invisibili forze del destino, sfogava su se stesso la propria rabbia. In tali stati non perdeva mai la conoscenza ed infatti se ne ricorda benissimo. La sua furia poteva allora apparire un raptus suicida, ma, come ben fa capire il soggetto, era soltanto una violenta reazione emotiva, favorita forse anche dalla ipoalgesia, registrata nell'esame della sensibilità.

L'altra manifestazione è più comune e si può provocarla sempre che si vuole interrogando il soggetto su fatti della sua vita che suscitano in lui dolore o sdegno. In tal caso il suo volto si fa subito rosso o pallido e la risposta vasomotoria è quasi più rapida di quella orale. È da tenere in considerazione questo così spiccato modo di comportarsi della vasomozione cutanea nel Ga. Si è già rilevato il suo accentuato dermografismo: ad ogni strisciamento sulla sua cute sorge subito una linea rosseggiante, onde si potrebbe tracciarvi quasi un disegno: una specie di *iconografia dermica*. Al dermografismo da stimolo meccanico corrisponde la vasomozione da stimolo psichico. Il fattore vasomotorio quindi, nella forma accentuata in cui lo si riscontra, è una stigmata, un segno caratteristico della sua facile emozionabilità.

EPICRISI E CONSIDERAZIONI CLINICHE.

Posso ormai raccogliere le file sparse nelle molteplici analisi compiute e venire ad un giudizio riassuntivo sulla mentalità del soggetto della mia osservazione.

Ed innanzi tutto: È egli sano di mente? E se non lo è, da quale alterazione è affetto ed in quale quadro psichiatrico deve rientrare l'alterazione ch'egli presenta?

In primo luogo, considerandolo sotto il punto di vista medico generale, si ritrova in lui una discreta messe di fatti patologici e si rende necessario indagare se essi fatti abbiano valore come possibili induttori di modificazioni nel suo stato mentale o proprio come generatori di pazzia, magari per definitivamente escluderli, se quel valore non abbiano, dall'orbita degli elementi che specificamente serviranno alla formulazione del giudizio diagnostico.

Si son notate cicatrici al collo: il Ga. dice che, fin dall'infanzia, soffrì di ingrossamenti glandolari con suppurazione, i quali qualche volta dovettero esser trattati con mezzi chirurgici. Anche ora si palpano al collo delle ghiandole ingrossate e dolenti. Trattasi di adeniti latero-cervicali di natura tubercolare. Dobbiamo ricordare che la madre morì a 28 anni di tubercolosi; che anche una sorella è stata curata di tubercolosi in un sanatorio. V'è in lui ereditarietà tubercolare che contribuisce ad aggravare l'ereditarietà neuropatica di cui ora tratterò. Egli soffre poi anche di catarro bronchiale, con espettorato muco-purulento. Le suddette lesioni glandolari e bronchiali non hanno tuttavia rapporto con le alterazioni mentali che ora dimostrerò essere esistite nel soggetto, le quali appartengono ad un quadro clinico definito che non è di natura tubercolare: esse rappresentano rispetto a tale quadro una semplice concomitanza.

Altrettanto dicasi della cardiopatia di cui il Ga. è sofferente. Ecco quel che si è rilevato: itto cardiaco visibile e palpabile, spostato a sinistra, all'infuori della papilla mammaria; rumore sistolico sulla punta del cuore; aia di ottusità un po' cresciuta trasversalmente; subiettivamente senso di ambascia precordiale e dispnea da sforzo muscolare. Lo spostamento dell'itto della punta a sinistra dice indubbiamente che il ventricolo sinistro è ipertrofizzato. L'aumento dell'aia di ottusità in senso trasversale fa pensare che anche il ventricolo destro è in via di ipertrofizzarsi; il rumore in primo tempo sul focolaio della punta è caratteristico della insufficenza della valvola mitrale. I disturbi subiettivi sono proprio quelli che accompagnano tale insufficenza, perchè in tale forma morbosa, anche quando non si siano iniziate fasi di vero scompenso circolatorio, il compenso tuttavia non è mai completo: onde il facile affanno e l'ambascia. Trattasi dunque di *insufficenza mitralica*. Quel che mi preme notare è che la cardiopatia organica è indipendente dal quadro clinico cui appartengono le alterazioni mentali che andrò rilevando nel soggetto: siamo quindi innanzi ad una altra semplice coincidenza morbosa. Al più devesi considerare la possibilità che la cardiopatia, coi disturbi di circolazione sanguigna che le son propri, abbia indirettamente ad influire sui fenomeni di vasomozione che a loro volta, come ora vedremo, appartengono al quadro clinico di turbata innervazione vasale che riscontrasi nel soggetto: fenomeni di vasomozione che, pur essendo di genesi indipendente, potrebbero dalla cardiopatia ricevere più forte accentuazione. Nè è da tacere che l'affanno e l'ambascia onde è tormentato il Ga. quando si accinge a dati lavori muscolari potrebbero giustificare in parte il non aver egli persistito nell'esercizio di certi mestieri obbliganti a date positure del corpo lungamente tenute: il che, altrimenti, sarebbe da mettersi in conto unicamente della sua indole criminale.

(*Continua*).

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. A. ZERI.

Su di uno speciale corpo albuminoide osservato nelle urine di un nefritico.

Dott. LUIGI CONDORELLI, assistente.

Credo utile rendere nota questa osservazione per il valore pratico che può presentare nell'esame chimico delle urine, e per le considerazioni a cui dà adito.

Riassumo in brevissime parole la storia clinica del malato venuto sotto la mia osservazione:

C. A., di anni 17, legatore di libri, nato e domiciliato a Roma. Nulla nel gentilizio. Sviluppo regolare. Da bambino ha sofferto i comuni esantemi; a 10 anni e a 12 è stato ripetutamente affetto da polmonite. Nega lues. Nel giugno 1921 fu affetto da laringo-faringite febbrile, che durò una settimana. Dopo circa due mesi da tale malattia il p. notò tumefazione del viso, cefalea ed urine rossastre: fu diagnosticata nefrite. Con dieta lattea e riposo dopo 15 giorni il p. si rimise. Dopo circa un mese una nuova analisi sembra non facesse rilevare presenza di albumina nelle urine. Una settimana prima dell'ingresso all'Ospedale il p. fu nuovamente colto da modica cefalea e notò pure un lieve edema al viso. Le urine erano abbondanti. Entra in Istituto il 23 febbraio 1923.

È la storia tipica di una glomerulo-nefrite cronica con riacutizzazione: la diagnosi è confermata dalla presenza nel sedimento urinario di abbondantissime emazie, di qualche cilindro granuloso e di leucociti prevalentemente mononucleati.

La pressione però non è elevata: *Mx* 120, *Mn* 80 (Riva-Rocci). L'urea nel sangue gr. 0.56 per mille. All'esame funzionale i reni dimostrano un discreto potere di diluizione ed uno scarso potere di concentrazione. L'esame del fondo dell'occhio non rivela che una iperemia dei vasi venosi che si presentano anche lievemente tortuosi, ed un lieve edema del bordo della papilla. Si tratta dunque di una glomerulo nefrite a focolai cronica con riacutizzazione.

Quello che però ci interessa è l'esame chimico dell'urina:

Colore 3 Vogel; aspetto leggermente torbido; reazione *acida;* densità 1012; glucosio e corpi acetonici ass.; urea gr. 8,742 ‰; pigmenti ematici presenti.

Eseguendo la ricerca dell'albumina come si suole fare comunemente, con la prova della coagulazione al calore, seguita da acidificazione con acido acetico, l'urina appariva priva di albumina. Durante l'ebullizione però l'urina formava una schiuma abbondantissima, densa e persistente; cosa che mi fece sospettare la presenza di un corpo albuminoide non precipitabile col calore. Con la prova del ferrocianuro potassico ed acido acetico ottenni infatti un *abbondantissimo* precipitato fioccoso di albumina.

Per l'eccezionalità del reperto ho creduto opportuno approfondire le indagini.

Ecco i principali caratteri chimici presentati dal corpo albuminoide di cui ci occupiamo:

1) i seguenti reattivi aggiunti all'urina precipitano il corpo albuminoide: *a*) reattivo di Spiegler; *b*) reattivo di Tanreth; *c*) acido tricloroacetico; *d*) l'alcòol etilico aggiunto all'urina in parti eguali; *e*) l'acido nitrico; *f*) il reattivo di Esbach; *g*) il mio reattivo cromo-idrargirico (1) (che precipita quest'albumina solo dopo l'aggiunta di acido acetico); *h*) il ferrocianuro potassico con l'acido acetico;

2) quest'albumina è precipitata a freddo saturando l'urina con cloruro di sodio e acidificando con acido acetico. Il precipitato *non si discioglie al calore;*

3) saturando l'urina con solfato ammonico si ha la precipitazione completa. Aggiungendo all'urina un egual volume di soluzione satura di solfato ammonico si ha lieve opalescenza, si ottiene la precipitazione completa dopo l'aggiunta di acido acetico;

4) saturando l'urina con solfato di magnesio si ha la precipitazione parziale, che diviene completa dopo l'aggiunta di acido acetico. Mescolando volumi eguali di urina e di soluzione satura di $MgSO_4$, si ha solo una lieve opalescenza; dopo l'acidificazione con acido acetico l'albumina precipita;

---

(1) È questo un reattivo che da più di 7 anni adopero e che corrisponde benissimo. È formato di gr. 5 $HgCl_2$ e gr. 2.5 di $K_2Cr_2O_7$ sciolti in 100 cmc. di acqua distillata. Si adopera nella seguente maniera: a circa 5 cmc. di urina si aggiungono 5-6 gocce del reattivo e poi si acidifica con qualche goccia di acido acetico, anche le tracce minime di albumina precipitano completamente a freddo. Questo reattivo è poi utilissimo per differenziare quelle piccole tracce di pseudonucleine e di nucleoalbumine che spesso si trovano nelle urine e che non sempre è facile distinguere dalla albumina vera in quanto che, quando sono in minima quantità, non sono precipitate sempre a freddo dall'acido acetico. In presenza di tali sostanze il mio reattivo, appena aggiunto all'urina, dà un notevole intorbidamento, che dilegua non appena si aggiunge qualche goccia di acido acetico. Invece, quando si tratta di albumina, l'intorbidamento aumenta sensibilmente quando si acidifica con acido acetico dopo avere aggiunto il reattivo all'urina. Naturalmente questo reattivo ha i soliti difetti che hanno i reattivi a base di sublimato (per esempio, precipita gli alcaloidi).

5) tutti i precipitati, in qualunque modo ottenuti, non si disciolgono al calore;

6) la reazione del biureto dà una tinta violacea.

Da quanto abbiamo detto risulta che questa albumina presenta tutti i caratteri dell'albumina vera, tranne quello della precipitabilità con l'ebollizione in ambiente lievemente acido. Evidentemente non si tratta di una proteosi, visto che il precipitato non si ridiscioglie all'ebollizione; nè di un peptone, visto che il ferrocianuro potassico con l'acido acetico, lo acido nitrico, il cloruro di sodio fino a saturazione con l'acido acetico, precipitano questo corpo albuminoide. La mancata precipitazione al calore fa scartare l'ipotesi che si tratti di una sierina o globulina. Non si può parlare nemmeno di nucleoalbumina, di pseudonucleine, di nucleo proteidi, di nucleine, sostanze tutte precipitabili a freddo con acido acetico.

Per chiarire un poco la natura della speciale albumina presente in forte quantità nelle urine del nostro nefritico, ho mescolato un litro di urina con egual volume di alcool: l'albumina precipitò sotto forma di fiocchetti biancastri. Il precipitato ottenuto era perfettamente *solubile in acqua distillata ed in alcool*. Dall'alcool precipitava solo dopo l'aggiunta di una certa quantità di Na Cl. Dalla soluzione acquosa l'albumina non precipitava con i sali dei metalli pesanti se non dopo l'aggiunta di una certa quantità di Na Cl. *Al calore dalla soluzione acquosa non precipitava neppure dopo l'aggiunta di Na Cl e l'acidificazione con acido acetico.*

Un altro fatto degno di rilievo è il seguente: precipitando una certa quantità di questa speciale albumina con il mio reattivo cromoidrargirico, il precipitato ottenuto si ridiscioglie in acqua distillata, *specialmente bollente;* l'albumina così ridisciolta presenta tutti i caratteri or ora menzionati.

Seguitando le ricerche sulle urine del nostro nefritico, fui sorpreso dalla constatazione di un fatto sul principio inesplicabile: le urine emesse nella notte contenevano un'albumina termo precipitabile, mentre quelle emesse durante la giornata contenevano un'albumina non precipitabile al calore in ambiente lievemente acido. Scartando l'ipotesi poco probabile che variasse la qualità dell'albumina, sospettai che sul fenomeno influisse il grado di acidità della urina o il contenuto in cloruri. D'altra parte pensai che, se un difetto di acidità avesse determinato l'incoagulabilità al calore dell'albumina, acidificando, come sempre si fa, con acido acetico, avremmo dovuto avere la precipitazione dell'albumina, mentre questo appunto non si era mai ottenuto.

Ad ogni modo determinai l'acidità ed i cloruri di quattro campioni di urina del nostro ammalato:

CAMPIONE I. — Acidità (in H Cl) 0.5475 ‰; Cloruri (in Na Cl) 7,1955 ‰; Coagulabilità al calore dell'albumina: lievemente coagulabile.

CAMPIONE II. — Acidità (in H Cl) 0.4745 ‰; Cloruri (in Na Cl) 7,2540 ‰; Coagulabilità al calore dell'albumina: non coagulabile.

CAMPIONE III. — Acidità (in H Cl) 0.6575 ‰; Cloruri (in Na Cl) 7,1555 ‰; Coagulabilità al calore dell'albumina: discretamente coagulabile.

CAMPIONE IV. — Acidità (in H Cl) 1,5204 ‰; Cloruri (in Na Cl) 7,6635 ‰; Coagulabilità al calore dell'albumina: completamente coagulabile.

Come si può facilmente notare dallo specchietto, mentre il contenuto in cloruri non presentava alcun parallelismo con la coagulabilità o meno dell'albumina, l'acidità evidentemente era minore, dove l'albumina era più difficilmente coagulabile al calore.

Feci allora la seguente esperienza: ridussi con sol. n/10 di Na OH l'urina del IV campione allo stesso grado di acidità del II campione. Non ottenni più la coagulazione al calore, neppure dopo l'aggiunta di acido acetico. Identici risultati ottenni impiegando sol. n/10 di Na_2CO_3 e di NH_3. Ma vi è di più. Se dopo la parziale neutralizzazione con sol. n/10 di Na OH, al campione di urina si restituisce la sua primiera acidità con sol. n/10 di H_2SO_4 o di Hll, l'albumina permane *incoagulabile al calore.*

Questi fatti che sul principio mi sembrarono paradossali, mi fecero pensare che la coagulabilità al calore di questa albumina non dipendesse tanto dalla concentrazione degli H+ ioni nel liquido, quanto dalla maggiore o minore concentrazione dei fosfati acidi, che sono le sostanze che conferiscono la reazione acida all'urina. Per dimostrare ciò ho eseguito le seguenti esperienze:

1° A 10 cmc. di urina del campione II (acidità 0,4745 ‰) in cui l'albumina non è precipitabile, ho aggiunto 10 cmc. di urina di soggetto normale, con acidità 2,550 ‰: l'albumina diveniva termocoagulabile.

A 10 cmc. di urina dello stesso campione (II) ho aggiunto cmc. 6.98 di sol. n/10 di H_2SO_4 (equivalente all'acidità contenuta in 10 cmc. di urina su ac. 2,550 ‰) ed ho portato il tutto a 20 cmc. con acqua distillata.

L'albumina permaneva incoagulabile al calore.

2° 20 cmc. di urina del campione IV (acidità 1,5204 ‰) in cui l'albumina era termocoagulabile, furono ridotti con sol. n/10 di Na OH

ad acidità di 0.47 ‰: l'albumina divenne incoagulabile al calore. 10 cmc. di questa urina furono mescolati con 10 cmc. di urina normale (ac. 2,550 ‰): l'albumina ridivenne coagulabile al calore. Inversamente, 10 cmc. di questa urina ad acidità 0.47 ‰ trattati con cmc. 6.98 di sol. n/10 di H_2SO_4, e portati a 20 cmc. con H_2O, sottoposti ad ebullizione non presentavano intorbidamento alcuno.

Se si tiene presente che nell'urina l'acidità è dovuta quasi totalmente ai fosfati monometallici, dalle suesposte esperienze si è autorizzati a pensare che la termo-coagulabilità dell'albumina, di cui ci occupiamo, è regolata essenzialmente dalla concentrazione nel mezzo ambiente dei fosfati mono-metallici, e non dalla concentrazione degli H+ ioni. Ed infatti la nostra albumina, precipitata con alcool si scioglie in soluzione fisiologica bollente acidulata con acido acetico. Da queste esperienze si può anche desumere, che forse non è esatto dire che gli acidi aggiunti all'urina determinino un aumento di acidità spostando i metalli dei fosfati dimetallici, che verrebbero trasformati in fosfati acidi; se così fosse, nei rapporti della coagulabilità della nostra albumina, dovrebbe essere indifferente l'aggiunta di un'urina acida o di un acido qualunque ad un campione di urina, in cui la nostra albumina sia stata resa incoagulabile abbassando l'acidità del mezzo fino a 0.40 ‰ (in H Cl), mediante aggiunta di sol. n/10 di NaOH.

Ho determinato il punto di coagulazione al calore di questa albumina, nelle condizioni di ambiente favorevoli. La determinazione è stata eseguita due volte. La prima volta in un campione di urina avente acidità 0,930 ‰ (H Cl) e cloruri gr. 7.37 ‰ (in Na Cl): il punto di coagulazione era a 70°.

La seconda volta ebbi identico risultato in un campione di urina con acidità 1,2272 ‰ (in H Cl), e cloruri gr. 7,722 ‰ (in Na Cl).

Riassumendo, dallo studio dei caratteri chimici dell'albumina che descriviamo, si può ricavare che le caratteristiche essenziali, che fanno distinguere la nostra albumina dalle albumine urinarie finora descritte sono i seguenti:

1) Essa non precipita al calore se non in presenza di una certa quantità di fosfati acidi.

2) Essa non è denaturata dalla precipitazione con alcool e col mio reattivo cromoidrargirico. I precipitati così ottenuti sono solubili in acqua distillata (bollente) ed in alcool.

Questa albumina, di cui abbiamo enumerato i principali caratteri, è stata riscontrata nelle urine del nostro paziente per un periodo di circa 8 giorni. In seguito nelle urine, oltre che questa albumina, contenevano la comune albumina urinaria (precipitabile anche ad acidità urinarie di 0.40 ‰), ed infine la speciale albumina scomparve del tutto, per cedere il posto alla comune albumina urinaria.

Ci dovremmo ora brevemente intrattenere sul significato e sulla origine di questa albumina.

Non mi risulta che simile albumina sia stata mai descritta nelle urine. Essa, come più su abbiamo ricordato, ha tali caratteri da differenziarsi nettamente dalle globuline e dalle sierine per il comportamento alla termoprecipitazione. Altrettanto facilmente si differenzia, per tutti i caratteri e specialmente per la mancata precipitazione con l'acido acetico, dalle nucleine e dai corpi mucoidi.

Dalle proteosi e dal corpo di Bence-Jones si differenzia nettamente per la mancata solubilità del coagulo al calore. Si differenzia dai peptoni perchè è precipitata dal ferrocianuro potassico con l'acido acetico, dall'acido nitrico, ecc. La nostra albumina si avvicina alquanto alla così detta *atmido-albumina* di Neumeister, prodotto artificiale ottenuto per l'azione del vapor d'acqua ad alta tensione sull'albumina. Questa atmido-albumina avrebbe tutte le reazioni delle albumine; ma non sarebbe precipitabile con il calore. L'atmido-albumina costituirebbe un corpo intermedio tra le albumine vere e le albumose.

Il corpo albuminoide da me riscontrato nelle urine del nostro nefritico, ha una certa somiglianza con l'atmido-albumina ottenuta artificialmente da Neumeister: se ne differenzia perchè essa non è del tutto incoagulabile al calore, ma richiede condizioni speciali di ambiente perchè la coagulazione si verifichi.

A me pare che anche nel nostro caso si abbia da fare con un'albumina lievemente degradata. Del resto nelle urine dei nefritici è stata descritta tutta una serie di corpi albuminoidi, che dalla albumina ai peptoni, costituiscono una scala che conduce dall'albumina vera e propria agli albuminoidi degradati (peptoni). E così in primo luogo abbiamo la comune albumina urinaria, che si differenzia dall'albumina ematica, perchè non coagula al calore che in ambiente acido (1). Abbiamo poi dei prodotti intermedi tra l'albumina e la proteosi: Tra queste dobbiamo considerare l'albumina acetosolubile di Patein, la quale è pre-

(1) Se si rende neutra la reazione dell'urina con sol. n/10 di Na OH servendosi della fenolftaleina come indicatore, l'albumina non è più precipitabile al calore, altro che dopo lieve acidificazione con acido acetico. Non così si comporta l'albumina ematica, come quella che si può trovare nell'urina in seguito ad emorragie versatesi nelle vie urinarie.

cipitabile al calore solo in *liquido neutro*. Nella stessa categoria si deve mettere l'albumina che abbiamo descritta e che sarei tentato di chiamare metalbumina. Anche le albumosi sono state descritte nelle urine dei nefritici: Hugonneng ha riscontrate le albumosi nelle urine in un caso di nefrite sifilitica. Achard, Castaigne e Gérard descrivono dei casi di albumosuria in nefritici, nelle urine dei quali l'albumosa si alternava con l'albumina: questo fatto fa riscontro con quanto abbiamo constatato sul nostro nefritico, in cui l'albuminuria schietta ha seguito, e forse preceduto l'eliminazione con le urine del corpo albuminoide che abbiamo descritto.

Infine piccole quantità di peptoni si possono riscontrare nelle urine ricche di albumine di nefritici (1).

Ritengo, a somiglianza di quanto è ritenuto per le albumose e per l'albumina autosolubile rinvenute nelle urine dei nefritici, che il corpo albumoide da me descritto non abbia uno speciale significato clinico, ma che abbia lo stesso valore dell'albumina comune.

È interessante, dal punto di vista teorico notare come le albumine attraversando il rene subiscano delle modificazioni più o meno profonde; cosa che ci allontana sempre più dall'idea che l'albuminuria sia dovuta ad un processo quasi meccanico di guasto del *filtro renale*, e che ci spinge sempre più a ricercare in una perturbata funzione secernente od in una essudazione flogistica (a seconda dei casi) la causa dell'albuminuria.

Il valore pratico di questa osservazione consiste nella dimostrazione della possibile esistenza di una intensa albuminuria (4 ‰) senza che essa sia svelata dalla prova della termocoagulazione.

I più vivi ringraziamenti al mio Maestro, prof. Agenore Zeri.

Roma, 18 marzo 1923.

---

(1) Dopo aver consegnato il lavoro in Redazione, sono venuto a conoscenza di una recente pubblicazione di ALFED HAUNS (*Annales de Médecine*, Paris, n. 1, gennaio 1923), in cui sono riportate due osservazioni di una speciale albuminuria, la cui intensità era *proporzionale all'acidità urinaria*, mentre *nessun rapporto aveva con il tasso dei cloruri*. Non conosco il lavoro che attraverso una recensione, ma credo non sia difficile trattarsi di due casi analoghi al mio; se ci fossimo contentati della semplice prova della termo-coagulazione, anche noi avremmo trovato l'apparente parallelismo tra l'intensità dell'albuminuria e l'elevatezza dell'acidità urinaria, e la mancanza di alcun rapporto tra albuminuria e tasso dei cloruri. Un caso simile avrebbe anche osservato von HOESSLIN.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

La sopravvivenza dei microbi asporigeni.

Prof. VITTORIO PUNTONI.

Già da tempo è noto il fatto che si possono verificare notevoli sopravvivenze, non soltanto dei microbi sporigeni, ma altresì di quelli asporigeni.

Lasciando da parte osservazioni, poco importanti, di sopravvivenze limitate a pochi mesi, ne ricorderemo altre, più notevoli, riguardanti sopravvivenze di parecchi anni.

Così Martini ha osservato sopravvivenze di paratifi nelle culture, per tre anni; Bolley sopravvivenze, pure di paratifi per quattro anni, e di colibacillo per oltre cinque anni; Mereskowski sopravvivenze del *bact. typhi spermophilorum*, in brodocoltura, per otto anni; Ruata (osservazione inedita) sopravvivenze del *b. icteroides* Sanarelli per 4-5 anni; Pane sopravvivenze del *b.coli* nell'acqua per 5 anni; e Kitts asserisce che Pasteur aveva osservato sopravvivenze di parecchi anni del colera dei polli!

Ma è stato soltanto nel corso dell'anno 1923 che sono venuti alla luce alcuni nuovi e ben più interessanti contributi, i quali dimostrano inoppugnabilmente come alcuni microbi asporigini possono sopravvivere da 10 a 20 anni purchè si abbia cura di proteggere dal contatto dell'aria i mezzi in cui sono contenuti.

Puntoni, avendo avuto l'occasione di aprire dei tubetti di sangue e di liquido peritoneale raccolto all'autopsia di animali morti per infezione da b. icteroides Sanarelli, e da bb. del gruppo tifo-coli, mantenuti a temperatura ambiente, previa chiusura alla lampada, ha rilevato le seguenti sopravvivenze:

B. icteroides, in sangue, 12 anni.
Paratifo A., in sangue, 10 anni.
Paratifo B., in sangue, 10 anni.
Colibacillo, in sangue, 11 anni.
Colibacillo, in liquido peritoneale, 11 anni.

Successivamente, avendo rivolto l'attenzione anche ad alcuni tubetti contenenti liquido peritoneale prelevato all'autopsia di cavie morte per v. colerico, e conservati essi pure a temperatura ambiente previa chiusura alla lampada, Puntoni, su 4 campioni esaminati, ha ritrovato vivo, in uno di essi, il v. colerico dopo 11 anni (v. colerico di Napoli).

Pressochè contemporaneamente, Totire-Ippoliti, studiando la vitalità di colture in agar e in brodo, conservate da molti anni previa chiusura dei tubi alla lampada, ha comunicato le seguenti sopravvivenze:

Per agar colture:
B. del tifo (2 stipiti): 7 anni.
B. paratifo A., 7 anni.
B. di Abel, 7 anni.
B. di Günther, 7 anni.
B. di Gaertner, 7 anni.
B. murex brandaris, 7 anni.
B. di De Nobele, 7 anni.
B. suipestifer, 9 anni.

Trovò invece estinte agar colture di B. pestoso e di v. di Metchnikoff, conservate da 7 anni.

Per le brodocolture:
B. del tifo, 13 anni.
B. del paratifo B., 13 anni.
B. di Abel, 13 anni.
B. di De Nobele, 13 anni.
B. di murex brandaris, 13 anni.
B. suipestifer, 13 anni.
B. coli, 13 anni.

Di interesse ancor maggiore è infine il contributo di Kiefer, il quale ebbe agio di esaminare colture dell'età perfino di 20 anni, appartenenti alla collezione di Neumann; si trattava in ogni caso di agarcolture, conservate mediante la semplice chiusura alla lampada delle rispettive provette.

Ecco le incredibili sopravvivenze osservate da Kiefer:
B. del tifo (10 stipiti), da 7 a 18 anni.
B. del gruppo paratifo B (11 stipiti), da 16 a 19 anni.
B. typhi murium (1 stipite), 20 anni.
B. diphteriae columbarum (2 stipiti), 18 anni
B. coli (2 stipiti), 18 anni.
B. del colera dei polli (2 stipiti), 17 anni.

Trovò invece estinte, dopo 14-18 anni di conservazione, 2 colture di streptococco, 3 di b. tifico, 3 di b. della peste suina, 1 di b. piocianeo, 1 di b. difterico e 23 di colera.

***

Da che cosa dipende la così lunga sopravvivenza di microbi asporigeni?

Puntoni, che ha studiato la questione, si è domandato in primo luogo se per avventura essa non sia legata a speciali formazioni, ancora ignorate, dei comuni microbi asporigeni. Ma nè l'esame microscopico, nè quello colturale o biologico, può dar ragione di un tal sospetto; in particolare nei liquidi contenenti i microbi studiati non erano contenute forme filtrabili, e la resistenza dei microbi conservati si dimostrò identica a quella di microbi coltivati di fresco, specialmente verso il calore.

La vera ragione della notevolissima sopravvivenza, sembra doversi riferire all'assenza dell'ossigeno, o, in senso più lato, dell'aria, nei tubi chiusi alla lampada; i microbi, fuor del contatto dell'aria, rallentano enormemente la velocità di riproduzione, vivono di una vita semilatente, e risparmiano quindi il terreno nutritivo.

Risultò infatti che all'apertura dei tubetti studiati dal Puntoni, il sangue od il liquido peritoneale conteneva un numero limitatissimo di cellule microbiche, le quali solo eccezionalmente erano appaiate, vale a dire in atto di riproduzione. Ma non appena l'aria aveva libero accesso e veniva a contatto con i liquidi suddetti, i microbi in essi contenuti entravano rapidamente in fase riproduttiva ed in breve tempo si aveva una così rigogliosa moltiplicazione, che gli esami microscopici sembravano allestiti da colture fresche, e un'ansata dei liquidi, disseminata alla superficie dell'agar, dava luogo allo sviluppo di patine continue per confluenza di innumerevoli colonie.

L'assenza dell'aria nei tubetti chiusi alla lampada, è pertanto la condizione che, moderando lo sviluppo batterico e risparmiando il terreno nutritivo, permette lunghissime sopravvivenze.

***

Quali sono i caratteri dei microbi sopravvissuti per così lungo tempo?

Le ricerche di Kiefer e quelle più complete di Puntoni, ci garantiscono che i microbi conservati in tal modo, serbano integre tutte le loro caratteristiche colturali, biologiche e morfologiche.

A questo riguardo sono molto significativi gli studi di Puntoni, che hanno avuto per oggetto dei microbi perfettamente noti in tutti i loro caratteri. Ebbene, in nessuno dei microbi studiati si ebbe ad osservare il più lieve cambiamento; le colture, l'agglutinazione, la morfologia erano rimasti invariati per 10-12 anni!

Per giunta era rimasto assolutamente inalterato anche il grado di virulenza; il b. itteroide, il colibacillo ed il vibrione studiati da Puntoni, erano perfettamente conosciuti nei riguardi del loro potere patogeno al momento in cui furono suggellati nei tubetti; tale potere patogeno si era conservato con una matematica precisione all'apertura dei tubetti dopo 10-12 anni!

Pare che i liquidi organici non siano assolutamente necessari per la conservazione della virulenza, perchè questa è stata osservata anche, da Kiefer, nelle colture di vari stipiti di paratifo conservati su agar.

Ora è certo che se i microbi ritrovati virulenti dopo tanti anni di conservazione, fossero

stati invece mantenuti nelle usuali collezioni per mezzo di successivi passaggi mensili, la loro virulenza sarebbe totalmente scomparsa.

La conservazione al riparo dell'aria, ed il conseguente rallentamento della riproduzione, limitando enormemente il succedersi di nuove generazioni, fissa dunque il potere patogeno proprio di molti microbi, non altrimenti di quanto sappiamo accadere a proposito delle spore, la cui funzione è di ritenere, in una vita latente ed illimitata, tutti quanti i caratteri del germe.

***

Concludendo:

Gli studi citati ci informano indubitabilmente di sopravvivenze di 1 o 2 decenni di colture di microbi asporigeni protetti dall'aria, con la completa conservazione di ogni loro proprietà.

I microbi del gruppo tifo-coli sono i più caratteristici sotto questo riguardo, sebbene anche il bacillo del colera dei polli ed il v. colerico possano avere un comportamento analogo.

Le suesposte osservazioni sono interessanti sotto un duplice punto di vista:

1. Per la possibilità di mantenere, durante moltissimi anni e senza nessun incomodo di passaggi o di artifici, la vitalità, la virulenza ed ogni altro carattere a molte specie microbiche asporigene;

2. Perchè così lunghe sopravvivenze, potendosi supporle anche in condizioni naturali, possono chiarire fenomeni epidemiologici ancora oscuri.

BIBLIOGRAFÍA.

PUNTONI. *Annali di Igiene*, anno XXXIII (1923), fasc. 3 e 5.
TOTIRE-IPPOLITI. *La Nuova Veterinaria*, anno 1923, n. 6.
KIEFER. *Centralblatt für Bakteriologie*, ecc., I Abt, Origin. Bd. 90, Heft I (1923).
PANE e NINNI. *Riforma Medica*, anno 33, n. 44.
(Le altre citazioni si trovano nei lavori precedenti).

Roma, ottobre 1923.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

L'influenza delle alimentazioni insufficienti sulle ossa e sui denti.

(*Journal of the Am. Med. Assoc.*, vol. 79).

Questi tre articoli, comparsi contemporaneamente nel *Journal of the American Medical Association*, considerano la questione dell'influenza dell'alimentazione sulla struttura delle ossa e dei denti. Data la comunanza dell'argomento, appare opportuno di parlarne insieme.

Nel primo articolo lo Shipley fa un breve riassunto delle proprietà delle vitamine. Queste sono almeno tre, la *A*, solubile nei grassi, la *B* e la *C*, solubili nell'acqua. La *A* è contenuta nel burro, nel grasso degli organi glandolari, nelle piante frondose e nei tessuti in vivace accrescimento. La *B* ha una diffusione quasi universale: manca soltanto in molti grassi ed è scarsamente rappresentata nei muscoli. La *C* si trova principalmente in alcuni frutti (aranci, limoni, ecc.) ed in alcune verdure (cavoli). La *B* è la meno facilmente distruggibile, la *C* invece è quella che è più facilmente distrutta.

Tutte e tre le specie di vitamine sono sensibili verso il calore e l'ossidazione: e a ciò è dovuto il fatto che, nonostante la larghissima diffusione delle vitamine, queste, per i processi di coltura o di conservazione usati, non si trovino talvolta in quantità sufficiente negli alimenti. Questa insufficienza di vitamine è causa di malattie: e così il beriberi è dovuto a insufficienza della vitamina *B* (detta perciò anche antineuritica o antiberiberi), lo scorbuto o insufficienza della vitamina *C* (detta perciò anche antiscorbutica), e la xeroftalmia o insufficienza della vitamina *A* (detta perciò anche antioftalmica). Tutte queste malattie prendono il nome di malattie da carenza: e fra queste si vorrebbero comprendere anche la rachitide, la pellagra, la colite mucosa, le ulcerazioni intestinali, ecc.

Secondo l'A., si deve ormai reagire alla tendenza ad attribuire alla deficienza di vitamine tutti i fenomeni patologici che si sviluppano in seguito ad un'alimentazione insufficiente. Questi fenomeni hanno di solito una etiologia molto complessa, nella quale se da un lato entra la deficienza di vitamine, dall'altro partecipano deficienze a carico dell'uno o dell'altro fattore alimentare: e che è complicata dall'invasione di germi patogeni nei tessuti indeboliti.

L'A. crede che dai dati che noi possediamo si possa stabilire che il bisogno di vitamine è in una certa misura dipendente dagli altri fattori dietetici: così, p. es., è più difficile determinare la xeroftalmia negli animali colla sola diminuzione della vitamina *A*, che non quando coesistano altre deficienze dietetiche.

L'A., studiando le ossa di animali sottoposti ad un'alimentazione insufficiente, ha veduto che le ossa sono uno dei tessuti più labili dell'organismo, e che qualunque lieve mutamento della dieta esercita su di esse una profonda influenza. Fra i fattori dietetici che hanno importanza per l'accrescimento dell'osso, l'A. ha stabilito l'esistenza di una sostanza organica, appartenente al gruppo delle vitamine, presente in alcuni olii, ma diversa dalla vitamina *A*, dalla quale è molto più resistente rispetto al calore ed all'ossidazione.

Altri fattori sono il calcio, il fosforo, la vitamina *B* e la vitamina *A*. La vitamina *C* influenza la struttura dell'osso nella cavia, ma non nel ratto. L'A. nega che la rachitide possa essere attribuita a deficienza della vitamina *A*: le alterazioni che si producono in seguito a questa deficienza (perfetta calcificazione dell'osso con grave osteoporosi) si hanno anche per deficienza della vitamina *B*, che se è grave, produce inoltre aplasia del midollo, simile a quella che si ha in seguito al digiuno, e, più tardi, emorragie nella cavità midollare.

L'assenza, o la deficienza nella dieta del fattore organico del quale si è parlato sopra, quando siano ottime le concentrazioni di tutti gli altri fattori, fa sì che qualsiasi variazione nel rapporto fra il calcio ed il fosforo contenuti nell'alimentazione, determina profonde alterazioni nella struttura, e nella capacità funzionale dell'osso. Nel ratto con una dieta povera di calcio o di fosforo, si può determinare una malattia simile alla rachitide. Determinando il contenuto di calcio e di fosforo del siero dei ratti sottoposti a questa dieta, l'A. ha ottenuto risultati analoghi a quelli di Howland e Kromer nei bambini rachitici. Da altra parte le lesioni rachitiche nei ratti, non si sviluppano, o, quando siano già in atto, regrediscono, se a questa dieta povera di calcio o di fosforo, si aggiunge uno degli olii di pesce, che sono così ricchi della sostanza organica sopracitata. Di più: gli effetti rachitizzanti della dieta povera di calcio e fosforo possono essere neutralizzati dall'azione del sole, o della lampada di quarzo a vapori di mercurio: quest'effeto sembra dovuto ai raggi ultravioletti più brevi (intorno a 2100 unità Angström). Sia gli olii che i raggi modificano anche le quantità di Ph e di Ca del siero. I raggi non hanno alcuna azione protettiva contro la xeroftalmia. Se si lascia digiunare un animale rachitico, somministrandogli soltanto dell'acqua, il tasso dei fosfati del sangue aumenta; e contemporaneamente s'inizia la guarigione.

Questo primo articolo serve bene di introduzione agli altri. Nel secondo Percy R. Howe, dopo aver fatto notare la somiglianza fra l'osso e il dente ed aver scartato in base anche ad esperimenti personali, l'ipotesi che attribuisce la carie alla fermentazione lattica locale dei carboidrati, afferma che, la decalcificazione dei denti, come quella dell'osso, è dovuta ad un disturbo del metabolismo provocato da un'alimentazione insufficiente. Nei denti, come nell'osso, la decalcificazione si accompagna ad un aumento della quantità del magnesio.

Somministrando agli animali un'alimentazione insufficiente, si producono contemporaneamente alterazioni dei denti e delle ossa, che appaiono diffusamente decalcificati. Con la somministrazione di sugo d'arancio questo stato si modifica rapidamente, e si ha la calcificazione che in parte però può essere anche la conseguenza della degenerazione dei tessuti. Con la somministrazione del sugo d'arancio regrediscono anche gli altri fenomeni, specialmente a carico dell'occhio. Come conclusione, l'A. riafferma l'importauza del calcio e del fosforo nell'alimentazione e specialmente quella del primo che sembra debba essere introdotto, specie nei bambini, in quantità maggiori di quelle che si credeva; e che partecipa a quasi tutti gli equilibrii minerali dell'organismo. Quando vi sia deficienza di vitamine, l'organismo animale assume del calcio dai denti e da alcune parti dell'osso.

Nel terzo articolo, Clarence J. Grieves, studiando l'effetto delle alimentazioni insufficienti sui denti, rammenta come la dottrina che attribuisce all'alimentazione una azione predisponente se non determinante delle alterazioni dentarie sia stata già da molto tempo prospettata: e come gli AA. siano concordi nell'affermare che le affezioni dentarie sono quasi sconosciute fra le popolazioni primitive, mentre raggiungono la massima estensione nella razza anglo-sassone, che è quella che ha cibo più vario ed abbondante. L'accordo termina quando si tratta di ricercare le cause di questi fenomeni: ma l'A. crede che qualunque conclusione sia prematura.

L'A. ha studiato le alterazioni dentarie negli stessi animali che servivano al Mc Collum ed alla sua scuola nelle ricerche sulla

produzione della rachitide nei ratti, ed i risultati delle quali sono in parte riferiti nel primo lavoro. Egli espone le ragioni per le quali il ratto appare molto adattato a questo genere di ricerche sui denti, e passa quindi ad esporre gli effetti di diverse alimentazioni. Con una dieta nella quale, mentre gli altri elementi che hanno la massima importanza per la struttura dell'osso e dei denti (fosforo e vitamina A) erano in quantità normale, il calcio era ridotto alla metà, il 22 % dei ratti presentò lesioni dei denti simili alla carie: e il 41 % lesioni dei tessuti peridentali. Ma se si fa la percentuale non più degli animali colpiti, ma dei denti ammalati, le lesioni scendono per i molari al 3.65 %, mentre salgono al 57.9 % per i tessuti peridentali.

Ad un secondo gruppo di animali, l'A. somministrò una alimentazione che conteneva poco calcio e poca vitamina A. Qui egli ottenne alterazioni dentarie simili alle carie nel 31 % dei ratti, alterazioni dei tessuti peridentali nel 20 %. Le percentuali considerate rispetto ai denti erano del 5.21 % e del 17.7 %. Si deve notare che questa dieta è quella che più facilmente produce le alterazioni rachitiche: cioè a dire che la coesistenza di alterazioni rachitiche delle ossa e di alterazioni simili alla carie dei denti è rara.

L'alimentazione del terzo gruppo di animali conteneva un eccesso di calcio (il doppio dell'optimum): e qui si ebbero alterazioni dei denti nel 17 % dei ratti, ed alterazioni dei tessuti peridentali nel 28 %: le stesse percentuali per i denti erano dell'1.73 % e del 33 %. Vi è cioè una netta contrapposizione ai risultati ottenuti con la dieta precedente.

L'A. descrive quindi i caratteri clinici ed anatomici delle lesioni dentarie e peridentarie: che appaiono assai simili a quelle dell'uomo. Le lesioni simili alla carie sono le stesse qualunque sia stata la alimentazione: mentre le lesioni dei tessuti peridentârii sono di tipi diversi, senza che sia possibile stabilire una relazione fra un tipo di lesione ed una determinata alimentazione.

Da queste ricerche non è possibile, secondo l'A., risalire a stabilire le cause della carie. Certo è che fra i fattori principali vi è un'alterazione dell'equilibrio del calcio e del fosforo nel sangue: la stessa che sta alla base del problema etiologico della rachitide e della tetania. Un altro punto che appare sicuro è che, mentre le lesioni dei tessuti peridentarii sono di origine vascolare e sono dovute, come la rachitide, a cause interne; la carie dentaria rappresenta una malattia che attacca il dente dall'esterno verso l'interno, ed a determinare la quale contribuisce l'ambiente locale.

Quanto alla disfunzione delle ghiandole endocrine, che molti invocano come fattore etiologico della carie dentaria, è probabile che essa sia in rapporto con l'insufficienza dell'alimentazione. Ma, finchè non si conoscono nuovi elementi, l'unico punto che si possa sostenere con sicurezza è la necessità di un opportuno equilibrio fra il calcio, il fosforo ed il fattore organico contenuti nell'alimentazione, per la formazione ed il mantenimento di ossa e di denti normali e sani.

A questi tre articoli, che rappresentano tre comunicazioni fatte alla sezione di stomatologia del 73° Convegno annuale dell'Associazione medica americana segue un sunto della discussione, nella quale sono riferiti alcuni dati interessanti riguardo alla alimentazione dell'uomo in America, che appare per molti lati insufficiente.

E. SERENI.

MEDICINA.

Contributo allo studio della malattia di Kussmaul.

(Periarterite nodosa).

(S. MARINESCO, D. PAULIAN, G. DRAGANESCO. *Presse Médicale*, n. 91, 14 novembre 1923).

Un caso clinico loro occorso ha fornito agli AA. lo spunto per tracciare un quadro completo di questa non comune ed interessante affezione.

Il paziente in quistione, entrato in Ospedale il 7 gennaio 1923, morì improvvisamente il 1° aprile dopo avere presentato una sindrome polinevritica, uno stato settico, e lesioni articolari.

L'autopsia dimostrò nei nervi, nella pelle e nei visceri, lesioni determinate da alterazioni delle arterie e delle vene di piccolo e medio calibro (non dei capillari e dei grossi tronchi). Tali lesioni si presentavano in tre stadi:

1) Stadio iniziale (infiltrazione leucocitaria dell'avventizia, nessuna alterazione della tunica media, tumefazione dell'endotelio).

2) Stadio di sviluppo (in cui si distinguono 2 gradi):

1) grado infiltrazione leucocitaria dell'avventizia, necrosi della guaina media;

2) grado proliferazione intensa dell'intima che porta alla trombizzazione del vaso.

Tali lesioni non interessano il vaso in tutta la sua lunghezza, ma a tratti come noduli; tra

i noduli la parete del vaso è integra. Ciò costituisce la lesione specifica della malattia.

3) Stadio terminale o cicatriziale. Possono vedersi in tale stadio tutte le fasi del processo di cicatrizzazione.

Gli AA. tracciano quindi il seguente quadro della malattia:

Sintomatologia. — L'affezione comincia come una malattia infettiva: cefalea, brividi, vomiti, angina, dolori reumatoidi nei muscoli, disturbi addominali, dolori spontanei, esagerati dalla palpazione, diarrea, vomiti, costipazione.

Ai dolori addominali si accompagnano i disturbi nervosi di aspetto variabilissimo a seconda della localizzazione delle lesioni vascolari. In tale gruppo sono da distinguere i disturbi a carico del sistema nervoso centrale (cefalea, eccezionalmente perturbamenti psichici, disturbi a tipo meningeo, attacchi convulsivi specialmente sotto forma di epilessia jacksoniana) e i disturbi a carico del sistema nervoso periferico, più caratteristici e più frequenti, che assumono l'aspetto di una polinevrite più o meno manifesta.

Più rari sono i disturbi articolari (versamenti, dolori).

Frequenti i disturbi cardiaci che possono arrivare sino all'insufficienza acuta. Generalmente la pressione è bassa.

Fenomeni cutanei (esantemi) possono esistere, ma il fenomeno caratteristico che talvolta ha permesso di diagnosticare la malattia in vivo è costituito da noduli sottodermici di volume eguale ad un pisello.

I disturbi renali possono andare dalla albuminuria semplice all'uremia, più frequente è il reperto di una nefrite emorragica.

Da parte del sangue si ha il reperto di una anemia spiccata ed una leucocitosi che in un caso è arrivata a 42,000 leucociti. Una cachessia progressiva accompagna questa anemia tale che Kussmaul e Meier designano la malattia in questione col nome di «marasma clorotico».

Fenomeno frequente è l'astenia che può essere precoce, la febbre è un fenomeno costante, e si presenta sotto forma di *poussées* intermittenti e non è mai una febbre elevata.

Evoluzione, durata, prognosi. — Ordinariamente la m. d. K. è progressiva e abbastanza rapida (da 2 a 4 mesi), ma ne sono stati descritti casi che hanno evoluto in 2-4 anni. La morte è dovuta ad una complicazione (emorragia, perforazione intestinale, sincope, uremia). Prognosi dunque severa, ma è il caso di domandarsi se oltre queste forme gravi non esistano forme frustre ad evoluzione favorevole non diagnosticate. La diagnosi è difficile a farsi: a seconda che i fenomeni a carico di questo o di quell'apparato prevalgono, l'affezione può essere confusa con la endocardite settica, la pioemia, la febbre tifoide, la polimiosite, la nefrite emorragica, la peritonite, la polinevrite, ecc., ecc.; per stabilire la diagnosi bisogna tener presente non solo i sintomi presentati dal malato ma anche i risultati negativi delle ricerche di laboratorio. Nel caso di localizzazione nei nervi periferici l'assenza di un'intossicazione o d'un'infezione ben definita e l'andamento speciale della malattia metteranno sulla via della diagnosi. Al di fuori dei fenomeni polinevritici, i fatti articolari, i crampi dolorosi, i fenomeni addominali e specialmente la cachessia speciale faranno formulare la diagnosi di malattia di Kussmaul.

Forme cliniche. — Data la molteplicità dei fenomeni si potrà ammettere, per il prevalere di alcuni fenomeni sugli altri:

1) una forma setticemica;

2) una forma nervosa;

3) una forma addominale;

4) una forma mista che sarebbe la più frequente.

Complicanze. — Sono da notare la parotidite, la peritonite, varie emorragie interne, pleuriti, pericarditi, broncopolmonite, ecc.

Etiologia. — La m. di Kussmaul colpisce di preferenza gli uomini fra i 30 e i 40 anni. È rara giacchè se ne conoscono solo 58 casi nella letteratura. Pare esista anche fra gli animali.

Patogenesi. — L'assenza di microbi nei tagli trattati con vari metodi di colorazione porterebbe a pensare ad un virus filtrabile. Verse ha sostenuto l'origine luetica dell'affezione, ma l'assenza di spirocheti e la Wassermann negativa non appoggiano tale modo di vedere.

Hanu, Harris e Friedrichs hanno potuto dimostrare la contagiosità della malattia essendo riusciti a riprodurre le lesioni in serie nelle cavie, iniettando emulsioni di organi o sangue anche filtrato attraverso filtro Berkefeld, ma non sono riusciti ad isolare il germe.

Quanto alla porta d'entrata del virus sono possibili solo delle ipotesi. La frequenza dei sintomi addominali parlerebbe per una via attraverso l'apparato digerente. In suffragio di tale opinione starebbero gli studi istologici di Giuseppe Moriani.

È facile inoltre che il contagio abbia luogo per mezzo di portatori o di animali affetti da questa malattia.

PALLADINI.

OTOLOGIA.

Aspetti patologici e clinici del sordomutismo.

(J. FRASER. *Journ. of Laringol. and Otol.*).

Ve ne è una forma congenita e una acquisita.

Nella forma congenita, in alcuni casi fu trovato un focolaio di otosclerosi nella capsula del labirinto. Mentre i primi rudimenti di otosclerosi sono congeniti, l'anchilosi della staffa e l'atrofia dell'epitelio sensoriale sono secondari. I focolai di otosclerosi possono restare latenti fino alla pubertà. L'otosclerosi secondo Koerner sarebbe ereditaria, ma qualche generazione può essere saltata: subisce l'influenza, oltrechè delle pubertà, anche del parto, del climaterio, delle malattie dell'orecchio medio. L'otosclerosi si associa spesso ad altre malattie di origine degenerativa, ed è frequente trovare nelle stesse famiglie casi di otosclerosi e di sordità ereditaria.

Secondo Castex il sordomutismo è più spesso dovuto ad alterazione della corteccia acustica che dell'orecchio: si tratterebbe di solito di meningite intrauterina. Ma Brock dà più importanza alle lesioni auricolari, specie epiteliali.

Il sordomutismo acquisito è infiammatorio, e dovuto a labirintite intrauterina di origine meningitica, o a labirintite postfetale, consecutiva a traumatismo, a otite media, a leptomeningite purulenta.

Il sordomutismo traumatico segue a fratture della base che interessano entrambi i labirinti: comprende circa il 4 % dei casi di sordomutismo acquisito. I canali semicircolari appaiono quasi pieni di osso neoformato, e così pure lo spazio perilinfatico del vestibolo. Otricolo e sacculo sono dilatati. La coclea mostra osso neoformato e connettivo nello spazio perilinfatico, gran dilatazione del *ductus cocleae*, e degenerazione atrofica del neuro-epitelio e del ganglio spirale.

Nelle labirintiti da suppurazione dell'orecchio medio si ha sordità completa solo se sono chiuse entrambe le finestre di ogni labirinto, anche ad orecchio interno integro. L'orecchio medio è distrutto estesamente nel sordomutismo da otiti medie e interne da scarlattina. Timpano ed ossicini di solito mancano, mentre si trova un colesteatoma, e carie e necrosi delle pareti dell'orecchio medio. Il labirinto può essere invaso dal colesteatoma, o da connettivo e nuovo osso, o da una suppurazione cronica. Simili alterazioni si hanno nel sordomutismo da morbillo.

La tubercolosi distrugge estesamente le ossa dell'orecchio medio, ma da ultimo guarisce, lasciando il sordomutismo.

La sordità congenita sifilitica è dovuta a labirintite secondaria, secondo alcuni a meningite luetica, secondo altri a otite media da germi comuni, che in terreno luetico non tende a guarire.

La labirintite può seguire a meningite purulenta, intrauterina o postfetale, da meningococco, polmonite, influenza, scarlattina, morbillo, ecc. La meningite postfetale, specialmente meningococcica, è la causa più frequente di sordomutismo acquisito. Una forma quasi abortiva di meningite può produrre gravi danni nell'orecchio interno. L'orecchio è generalmente poco leso; vi è anchilosi della staffa e chiusura ossea della finestra rotonda. Vi è spesso idrocefalo interno cronico. Anche alle osteomieliti e alla pertosse può seguire meningite e sordomutismo.

La distinzione clinica tra casi congeniti e acquisiti si fonda sull'anamnesi, che non è sempre possibile avere, e avere esatta, e sulle prove della funzione vestibolare e uditiva spesso incerte e di oscura interpretazione. La presenza di un'otite media suppurata non prova che il sordomutismo dipende da una labirintite di origine timpanica, potendo questa naturalmente sopravvenire anche nei fanciulli con anormalità congenite della coclea e del sacculo.

I due sessi sono egualmente colpiti dalla forma congenita, ma la forma acquisita prevale nei maschi (Nager).

La consanguineità dei genitori figura molto spesso tra gli antecedenti dei sordomuti (Hammerschlag). Sòlo 1 % dei sordomuti ha genitori sordomuti: però se entrambi i genitori sono sordomuti lo sono pure il 26 % dei figliuoli. In media, su 100 casi, 52 sono congeniti, 43 acquisiti, e 5 dubbi; però in certe regioni la percentuale varia, ad es., in Svizzera, ove sono molto più frequenti i casi congeniti, per la presenza del cretinismo endemico.

Su 100 casi di sordomutismo acquisito 36 sono dovuti a meningite epidemica, 16 alla scarlattina, 10 al morbillo, 1? alla polmonite, 11 alla sifilide, 4 a trauma, 3 alla tosse convulsa, 3 al tifo, 3 alla parotite, 2 all'influenza.

I casi di sordomutismo dovuti a sifilide congenita variano, secondo gli autori, dal 2 al 18 per cento.

Per l'esame funzionale dei sordomuti si deve considerare l'apparato cocleare e il vestibolare.

Secondo la classificazione clinica di Hard il gruppo I ode la conversazione a circa 2 metri, il gruppo II ode la voce alta presso l'orecchio,

il gruppo III ode le sole vocali, il gruppo IV ode i rumori intensi, il gruppo V ha sordità totale. Se il bambino è troppo piccolo non sempre si può stabilirne l'acuità uditiva; più facile a scoprire è la sordità totale. Questa accade nel 25-40 % dei casi, mentre nel 25-30 % l'udito rimasto è di qualche vantaggio per la educazione. I sordi totali spesso dragano nel cammino, perchè non percepiscono il rumore sgradevole così prodotto.

Secondo Alexander si può ritenere che si tratta di un caso congenito se resta eccitabile il labirinto statico (71 % reazioni positive alla vertigine rotatoria, e 86 % alla vertigine galvanica, circa la stessa percentuale di reaz. negative nel sordomutismo acquisito).

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

OMBREDANNE. — *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile. - Collection de Précis Médicaux.* Masson e C.ie, Parigi.

E' un libro pratico destinato agli studenti ed ai medici, e che riassume in modo semplice, è chiaro quanto riguarda la chirurgia infantile.

Come dice l'autore nella prefazione, la chirurgia infantile deve essere considerata come una specialità perchè essa deve adattare alla età del soggetto la tecnica e lo strumentario della chirurgia generale dell'adulto, e perchè comprende dell'operazioni speciali che si praticano al più presto, prima che l'individuo raggiunga l'età adulta e cioè le operazioni per la cura dei difetti di sviluppo, delle deformità, ecc. Per cui, dice Ombredanne, bisogna concepire la chirurgia infantile come una specialità, ma non come una specialità restrittiva, quali sono in genere tutte le specialità, bensì come un insieme di nozioni complementari che si debbono aggiungere alla conoscenza della chirurgia generale, ed anche di gran parte delle specialità.

E, su tale guida, il libro è riuscito veramente utile ed interessante. Vi sono dei capitoli di patologia infantile che riguardano specialmente alcune malattie chirurgiche proprie delli'nfanzia, corredati da notevoli ricordi embriologici ed anatomici, veramente interessanti ed alcuni del tutto nuovi. Ma la parte più sviluppata è quella della tecnica operatoria che si può dire completa. L. D.

TUFFIER e DESFOSSES. — *Petite Chirurgie Pratique.* Masson et C.ie. Parigi.

È la sesta edizione di questo piccolo trattato di chirurgia nel quale sono esposte molte conoscenze utili per infermieri e medici pratici, come l'allestimento di una camera operatoria, la tecnica dell'iniezioni, delle rettoclisi, ipodermoclisi, ecc., ecc., le fasciature, i concetti della sterilizzazione in chirurgia ed anche la tecnica di qualche piccola operazione di uso corrente.

L. D.

A. SALA. *Chirurgia delle vie biliari.* Roma, 1923.

In questo volume che l'A. dedica alla chirurgia delle vie biliari, invano il lettore cercherà una sola pagina, che, aumentando la mole, divaghi o segni una battuta di riposo nella descrizione chiara e minuta dei vari interventi, nella critica serena dei resultati e dei vantaggi e degli inconvenienti.

L'A., incomincia con la trattazione della parte anatomica delle vie biliari extraepatiche; analizza l'atto operativo dalla preparazione del malato, alla tecnica, secondo gli insegnamenti e i metodi più in uso, tra i quali egli consiglia a seconda delle occasioni, i più rispondenti, alle cure post-operatorie alla enumerazione delle complicanze e alle relative cure. Chi, come il Sala, ha vissuto la migliore parte della sua vita al letto del malato, incide nelle pagine chiare e precise una parte, la principale della sua mentalità, compiendo un'opera veramente utile per il medico che vuole essere al corrente dello stato attuale della chirurgia delle vie biliari: molte monografie estere, che si presentano con pretese assai maggiori della modestia del libro del Sala, non reggono al suo confronto.

P.

V. ROCHET. *Chirurgie de la portion inférieur de la vessie.* Lione. 1922.

L'A. descrive le varie vie d'accesso e la chirurgia della porzione inferiore della vescica, che ha una individualità tutta particolare e si differenzia dalle altre parti anatomicamente, per le lesioni che la prediligono e infine per il modo di poterla aggredire.

I rapporti anatomici ch'essa ha infatti con gli ureteri, il retto, le vescicole seminali e la prostata nell'uomo e l'utero nella donna, i grossi vasi e i plessi nervosi infine, rendono particolarmente indaginosi tutti gli interventi.

Rochet discrimina la bontà dei vari metodi in una analisi acuta.

Tutte le lesioni di questa parte della vescica sono enumerate e, per ognuna, vi si trova la indicazione curativa.

Vengono così successivamente studiati i traumi, le infiammazioni, gli ascessi perive-

scicali, i diverticoli, le cisti idatidee, i neoplasmi, le fistole e le cisti dolorose. Belle illustrazioni aumentano l'interesse che desta la lettura di questo importante lavoro.

A. CASSUTO.

SONNTAG E. *Verletzungen und chirurgischen Krankheiten der unteren Extremität.* (Lesioni e affezioni chirurgiche dell'estremità inferiore). Coll.: *Diagnostische und therapeutische Irrtümer-Chirurgie.* Lipsia, Thieme, 1923. Pag. 205. L. 28.50.

Questo, come tutti gli altri della collezione, è un libro dalla modesta mole e in cui sono esposte con brevità, ma con altrettanta chiarezza le affezioni chirurgiche e le lesioni dell'arto inferiore. Poche, ma nitide figure chiariscono alcuni dei quadri morbosi più importanti, servendo così assai meglio di descrizione particolareggiate.

La caratteristica dei manuali di questa collana è appunto quella di porre dinanzi agli occhi del chirurgo varie affezioni, che simili tra loro, si possono presentare in una stessa regione, considerandole sopratutto in rapporto alle conseguenze di un errore diagnostico e curativo. Ciò naturalmente presuppone nelle trattazioni dell'argomento un vasto sapere e una grande esperienza e non è poco merito di essersi sobbarcato a tali opere, rinunciando alla compilazione di lavori originali e d'indole personale.

E. M.

RICCIO e BUONOMO LA ROSSA. *Note anestesia regionale.* — Prezzo L. 5. Editore : Rassegna Internaz. di Clinica e Terapia. - Napoli.

In questo opuscolo gli autori trattano diffusamente l'anestesia del campo operatorio a distanza, ossia agendo sui tronchi nervosi e loro branche, che presiedono alla sensibilità della regione.

Sono esposti i vari metodi anestesia della testa, del collo, del torace, dell'addome, del bacino e degli arti, ed i metodi speciali per le operazioni speciali.

Un capitolo è destinato alla rachianestesia.

È un lavoro molto pregevole ed utilissimo per gli operatori.

a. a.

Proff. G. FICHERA e G. PARLAVECCHIO. *Etiogenesi e Terapia del Cancro.* — Palermo, Cultura Medica Editrice, 1923.

Sono due relazioni fatte al VII Congresso Medico Siciliano tenutosi a Palermo il 23 aprile 1923 e riunite in un piccolo volumetto. I nomi dei due autori sono ben conosciuti, e ben conosciuta è la loro alta competenza nella materia che hanno trattato. Il Fichera è maestro nel campo dell'etiologia del Cancro ed in questa relazione ha saputo condensare in poche pagine tutte le cognizioni che possediamo intorno a tale argomento, dimostrando quello che vi è di esatto e di inesatto nelle varie teorie che sono state sostenute in proposito, soffermandosi naturalmente in ispecial modo sulle più recenti.

Il Parlavecchio è maestro in Terapia Chirurgica: ma nella sua relazione ha giustamente trattato non solo la cura chirurgica del cancro, che (quando è possibile farla) rimane sempre la più importante, ma anche gli altri mezzi di cura che dovrebbero coadiuvare o sostituire quello chirurgico, e cioè i mezzi fisici, chimici e biologici che discute diffusamente.

Come giustamente dice il Parlavecchio, « lo studio etiologico e terapeutico dei tumori maligni è l'argomento più arduo della medicina dei nostri giorni ». E purtroppo tale studio è ancora lontano dall'avere raggiunto conclusioni certe! Ma certamente le relazioni del Fichera e del Parlavecchio possono fornirci cognizioni complete ed esatte su quanto fino ad oggi è stato detto intorno a tale studio.

L. D.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

16 *dicembre* 1923.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, *Presidente.*

Sulla Piroplasmosi.

Il Presidente prof. ASCOLI dopo avere accennato ai rapporti tra la piroplasmosi e la malaria per tutti quei vantaggi che alle ricerche sulle malattie umane può derivare dalla patologia comparata, presenta il prof. LIGNIÈRES, dell'Università di Buenos Aires, che della piroplasmosi è profondo conoscitore.

Il LIGNIÈRES, ricordati i danni che essa determina negli animali di alcune regioni, fa una rapida e lucida rassegna sulla biologia delle varie specie di Piroplasma (bigeminum, argentinum, anaplasma) e sulle forme cliniche corrispondenti alle infezioni relative.

Tratta inoltre ampiamente dei mezzi di cura e sopratutto dei metodi di vaccinazione da lui tentati con successo.

Seduta ordinaria del 23 *dicembre* 1923.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, *Presidente.*

La formazione dello spermatoforo nel genere Helix.

Prof. P. DORELLO. — Con l'ausilio di fotografie dimostrative illustra la formazione dello spermatoforo nel genere Helix, richiamando l'attenzione sopra alcune particolarità sfuggite ai precedenti osservatori, quale la piega semilunare dell'apertu-

ra prepuziale e il pettine, situato innanzi allo sbocco del deferente. Illustra il meccanismo di formazione di ciascuna parte dello spermatoforo insistendo sui particolari procedimenti, che ne assicurano la chiusura perfetta.

Disturbi faringo-laringei da lesioni intratoraciche.

Prof. BILANCIONI e S. ATTILY. — Il prof. BILANCIONI anche a nome del collega ATTILY riferisce di aver osservato vaghi disturbi: parestesie, facili congestioni, senso di peso e di occupazione nel segmento inferiore della gola, limitazione funzionale dell'organo vocale, in soggetti nei quali obbiettivamente si poteva dimostrare una asimmetria del laringe, la sua torsione nell'asse maggiore, la sua fissazione. La mucosa presentava lievi alterazioni: turgore con iperemia specialmente della regione eritenoidea, più intensa in una metà del laringe. L'esame radiologico del torace in tali casi ha dimostrato o alterazioni del parenchima polmonare, per lo più di natura tubercolare, o adenopatia tracheobronchiale, o esiti di pleurite, o alterazioni dei grossi vasi o dell'esofago. In tutti i soggetti osservati mancavano segni ricorrenziali.

Una malattia spontanea dei centri nervosi nel coniglio.

Prof. F. BONFIGLIO. — Descrive le note anatomiche di una particolare malattia dei centri nervosi dei conigli caratterizzata da una intensa infiltrazione di elementi linfoidi attorno ai vasi sanguigni. Descrive i caratteri dell'infiltrazione, la sede e conclude per una encefalite infiltrativa non purulenta.

In questi conigli il liquor presentava linfocitosi, reazione di Nonne positiva e reazione del mastice pure positiva.

Espone gli argomenti per i quali tale encefalite può essere differenziata dall'encefalite epidemica e dalle alterazioni dovute alla sifilide cerebrale e alla paralisi progressiva e mette in guardia nell'interpretazione delle alterazioni cerebrali che il coniglio può presentare in seguito ad iniezione di virus encefalitico e di virus paralitico.

Il socio prof. GOSIO chiede se in questa malattia che l'O. denomina spontanea, sono stati ricercati ectoparassiti eventuali trasmettitori.

L'O. risponde che ha detto la malattia spontanea in opposizione a quelle sperimentalmente provocate: riconosce che ha i caratteri di una malattia da infezione e ha iniziato ricerche circa la etiologia.

La chiusura ermetica del cavo nell'empiema cronico fistolizzato.

Prof. N. LEOTTA. — Illustra il caso di un empiema cronico che datava da circa 11 mesi nel quale la sterilizzazione del secreto fu ottenuta con la esposizione del paziente ai raggi solari; a cavo sterilizzato, la chiusura del cavo ha avuto ragione dell'empiema e della fistola.

Patogenesi e terapia di alcune forme di diatesi emorragica.

Prof. M. GHIRON. — L'O. comunica osservazioni cliniche di sindromi emorragiche, che si prestano a considerazioni sulla patogenesi e terapia.

Egli è condotto a ritenere che nella coagulazione del sangue, e quindi nella durata del tempo di emorragia, la diminuzione delle piastrine se è il fenomeno più appariscente non è il più importante: invece i due fattori principali sono lo stato delle pareti capillari e le proprietà del fibrinogeno a trasformarsi in fibrina.

Nei riguardi della terapia, le medesime sostanze a seconda della quantità differente, del modo d'introduzione possono esercitare azione differente e perfino opposta, sì da facilitare o da impedire la trasformazione del fibrinogeno disciolto in fibrina solida.

Il socio prof. GIUDICEANDREA si dichiara d'accordo con l'O. nel ritenere che la diminuzione delle piastrine non è l'esponente della non coagulabilità del sangue. Accenna alle variazioni del contenuto in piastrine del sangue normale e nei tifosi da lui lungamente studiate.

E. GROSSI.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 25 novembre 1923.

La lotta contro il cancro in Romagna.

TESTI A. — L'O. dopo avere largamente riassunto le nozioni moderne sul cancro, e dopo aver parlato dell'incremento oltre che degli studi anche dei mezzi di lotta, sostiene che è necessario far tesoro degli studi fatti sin qui sul cancro e delle ricerche sperimentali, ma che è d'uopo, come Bizzozero voleva, tornare allo studio statistico nel miglior modo compilato e completo, ed allo studio clinico-epidemiologico perchè di ogni persona si possano raccogliere i più precisi e completi ragguagli.

È su queste basi che il *Comitato Romagnolo per la lotta contro il cancro* darà mano a svolgere subito il suo programma.

L'O. nel Comune di Cotignola potè individuare una vera *casa da cancro*, nella quale nel volgere di pochi anni si sono avuti 5 casi di cancro in persone senza rapporti di parentela. Fu possibile inoltre stabilire che da oltre 20 anni tutti i casi di cancro avutisi in Cotignola si sono verificati in un'area di cento metri quadrati (*zona da cancro*) di cui fa parte la casa suddetta.

M. CHIADINI (Forlì). — Ultimamente a Predappio ha verificato sette casi di cancro dello stomaco nel termine di pochi anni in un agglomerato di tre vecchie case. Di questi sette casi due erano coniugi e gli altri senza rapporti di parentela.

CARDI G. (Rimini). — Sarebbe di alto interesse generale che fosse resa obbligatoria la denuncia dei malati o dei sospetti malati di cancro.

Sopra un caso di tubercolosi articolare aperta trattata col metodo Solieri.

CONTI L. (Forlì). — Riferisce su di un ammalato affetto da processo specifico fistolizzato al ginocchio destro curato col metodo del Solieri nella cura di tali lesioni, cioè con l'assoluta immobilità e con la chiusura completa delle articolazioni suppuranti previa una accurata preparazione delle regioni da includere.

Da un esame della lesione in trattamento da diciotto mesi e dalle dichiarazioni stesse dell'ammalato, ci si può convincere dell'esito favorevole della cura.

Quantunque l'esito non sia ancora definitivo, si può con tutta certezza asserire che la guarigione avverrà in un periodo ormai breve di tempo.

Considerazioni sulla R. di Sgambati. Dettagli di tecnica.

Pantaleoni P. (Forlì). — L'O. riassume il suo lavoro nelle seguenti conclusioni:

Il 1° tempo della R. di Sgambati è troppo sensibile ed è impossibile poter dare valore clinico ad una *nuance* di colore così tenue tra il bleu dell'anello avvenuto nella urina trattata con l'HNO_3 e quello ottenuto con HCl (reazione di Jaffè).

Il 2° tempo della reazione è meno frequente del primo ed è l'indice di uno speciale stadio dei cromogeni delle urine che si svelano nei peritonitici in quanto e specialmente perchè sono offesi nelle funzioni intestinali; corrisponde alla R. di Rosembach per l'indaco rosso.

Sulla Reazione peritoneale dello Sgambati nelle urine.

Bruno G. (Imola). — Ha sperimentato tale reazione in 600 ammalati, raggiungendo un numero complessivo di 1800 analisi. Dai risultati ottenuti, che riferisce dettagliatamente, conclude:

1) Che la prima fase della Reazione (con l'acido nitrico) non abbia valore specifico, avendola riscontrata positiva in moltissimi individui con addome non interessato; e che essa sia influenzata dalla presenza di indacano o di altre sostanze.

2) Che la Reazione col cloroformio (seconda fase) sia indice di una vera reazione del peritoneo, a qualsiasi causa infettiva o traumatizzante, anche minima.

3) Dal punto di vista diagnostico, nella maggior parte dei casi va d'accordo coi sintomi clinici e può considerarsi un nuovo mezzo d'indagine che deve andare unito ad essi.

4) Che maggior valore le si deve attribuire nei riguardi della prognosi. Infatti essa diminuisce di intensità e scompare col migliorare delle condizioni, mentre si accentua di più in caso contrario.

La cura dell'ileo-tifo con le iniezioni intramuscolari di calomelano (metodo Galata).

Gasparri E. (Rimini). — Furono trattati all'Ospedale Civile di Rimini (Sez. medica, diretta dal prof. Cardi), 47 casi di cui 38 con notevole efficacia. Tutti casi gravi con diazoreazione, sierodiagnosi e emocultura positiva. Casi in periodo iniziale e casi in periodo avanzato, immodificati da altro trattamento.

Sfebbramento precoce: rapida tendenza alle remissioni, apiressia in 3ª-4ª giornata dopo l'ultima iniezione o lisi notevolmente abbreviata. Detumefazione splenica. Rapido miglioramento dello stato generale. Assenza di complicanze.

Chiadini M. (Forlì). — Non crede che dal lato teoretico almeno e dal lato della terapia prontamente efficace, siano da preferirsi le iniezioni endomuscolari di calomelano a quelle endovenose o endomuscolari o sottocutanee di vaccino ad elevato contenuto di germi (300-600 milioni).

Un caso interessante di miastenia grave a decorso episodico.

Capezzuoli C. (Imola). — Espone la storia clinica di un malato di miastenia grave; accenna alla teoria muscolare pura, enumera tutte le obiezioni che le si possono fare, termina col propendere per una teoria nervosa ed endocrina pur non nascondendo le grandi incertezze che ancora ci sono in proposito.

L'A. crede che questi pazienti abbiano una peculiare costituzionale labilità delle funzioni del sistema nervoso, e perciò essi sono presumibilmente soggetti a ricaduta, ogni qualvolta si ripresentino quegli elementi determinanti noti ed ignoti che provocarono la prima esplosione dei sintomi.

Intorno all'eziologia della sclerosi a placche.

Ghetti G. (Faenza). — Tratta di tre casi di sclerosi a placche; egli ha seguito numerose esperienze estraendo il l. c. r. ed il sangue, inoculandoli per via intrarachidiana ed intraperitoneale a conigli, cavie e cani, ottenendo sempre risultato negativo per quanto riguarda la riproduzione della malattia.

L'esame all'ultra-microscopio e su strisci colorati col Giemsa di detto materiale, ha dato ogni volta risultato negativo per la presenza della spirocheta.

Conclude col ritenere per ora la trasmissibilità della sclerosi a placche negli animali non sufficientemente provata e la scoperta della spirocheta nel l. c. r. e nel sangue dei malati ancora incerta e difficile.

Sopra un caso di carcinoma primitivo del fegato.

Angeli A. (Imola). — Illustra un caso di adenocarcinoma colangiocellulare alveolare primitivo del fegato con assenza assoluta di cirrosi; accenna alla possibilità della sua genesi da una anomalia di sviluppo embrionale, non altrimenti di quanto avviene per l'adenoma solitario.

Dott. P. Galli (Faenza).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Allergia e anergia nelle reazioni alla tubercolina.

P. Rondoni (*Rif. med.*, 9 aprile 1923) osserva che l'organismo tubercoloso ha una particolare reattività di fronte a molte proteine eterologhe, ma la tubercolina, anche a contenuto di azoto pari o minore, ha molto maggiore azione dei preparati eterologhi. La cavia tubercolosa muore con 0.3-0.5 cmc. di tubercolina vecchia, mentre materiali eterologhi non uccidono mai in dosi corrispondenti.

Si deve forse ammettere, con Selter, un'allergia generica e una specifica. Secondo Micheli, Bastai e Pietra, la vecchia tubercolina ha scarso potere antigene e dà reazioni non specifiche: tuttavia l'A., pur ammettendo che essa provoca una scarsa formazione di anticorpi, ammette una azione specifica anafilattogena, dovuta principalmente ai polipeptidi specifici.

Secondo Selter e Reizstoff la tubercolina sarebbe come un catalizzatore od una sostanza attivatrice o eccitatrice, che senza legarsi ai tessuti vi attiverebbe un processo flogistico, cui essi son già disposti, la allergia tubercolare consistendo in una specie di disposizione all'infiammazione, una specie di recettività particolare per gli stimoli flogogeni in genere e per quelli della sostanza bacillare in specie.

La ipersensibilità alla tubercolina non si lascia trasportare col siero, però, secondo Bail, cogli organi infetti (poltiglia di fegato) sì; ma Selter lo nega.

Poichè, secondo le ultime vedute (Doerr), gli anticorpi anafilattici, in fondo identici alle precipitine, pur essendo presenti nel siero, si troverebbero particolarmente sessili in organi speciali (certi distretti del sistema nervoso vegetativo specialmente) ed ivi reagendo coll'antigene di reiniezione produrrebbero il grave disturbo cellulare che si estrinseca con lo shoc, si potrebbe riavvicinare la ipersensibilità alla tubercolina, alle reazioni veramente anafilattiche.

La allergia tubercolare, sopratutto espressa dalla reazione cutanea alla tubercolina, qualunque ne sia la intima essenza, è parallela allo stato immunitario dell'organismo; pare, come questo, essere un fenomeno cellulare istogeno e non umorale; si produce, come questo, solo con bacilli vivi.

Ci sono (Hayek) queste forme di anergia (non reattività) alla tubercolina:

a) Anergia assoluta dei non infetti;

b) Anergia positiva (Hayek) dei soggetti curati e guariti, specie curati con tubercoline;

c) Anergia negativa, che si ha per difetto di difesa, come nelle forme gravissime di tubercolosi, o per certe malattie intercorrenti (difterite, morbillo, ecc.).

Il concetto di allergia domina oggi la patologia della tubercolosi: si ammette p. es. che la tubercolosi cronica dell'adulto sia un processo svolgentesi in organismo allergico, e quindi con caratteristiche anatomiche e biologiche diverse che nei bambini vergini di contagio o nei popoli non esposti al contagio.

Questi rilievi hanno valore pratico evidente: vanno tenuti presenti in specie nella semiologia infantile. DORIA.

CASISTICA.

La sifilide pancreatica nell'adulto.

Prendono occasione da due casi personali, O. Lindbom (*Acta medica Scandin.*, LIX, 1923, 193) passa in rassegna quanto è noto riguardo alla sifilide pancreatica. Questa si può presentare sia sotto forma di pancreatite cronica sclerosante, sia sotto forma di gomme, uniche o multiple; più frequenti sono le forme miste, nelle quali si trovano contemporaneamente le due condizioni anatomiche.

Per quel che riguarda il quadro clinico, è da tenere presente che solo raramente la pancreatite si presenta isolata e che nella maggioranza dei casi essa è accompagnata dalla sifilide di altri visceri e specialmente dalla sifilide epatica.

Quanto ai sintomi, quasi costante e spesso assai precoce è il dolore epigastrico, che si presenta con caratteri variabili, e che è indipendente dai pasti. L'ittero manca raramente. Frequente è la presenza di una resistenza dolorosa nella regione epigastrica. I sintomi più importanti sono quelli che indicano un disturbo funzionale del pancreas (diarrea con dimagramento notevole, steatorrea, glicosuria).

Come si vede, il quadro clinico è lo stesso che nella pancreatite cronica e nel cancro del pancreas. Data la difficoltà di diagnosi di affezioni pancreatiche in genere e della sifilide pancreatica in ispecie, si comprende come siano facili gli errori diagnostici, che avvengono più facilmente con la litiasi biliare, con l'ulcera gastrica, ecc. Nella diagnosi differenziale con queste ed altre affezioni, l'A. riconosce scarsa importanza alle diverse prove proposte per il riconoscimento di una insufficienza funzionale del pancreas, salvo forse l'abbondanza

delle evacuazioni, la presenza di fibre muscolari non digerite, la grande quantità di sostanze grasse, specialmente di grassi neutri.

Per quel che riguarda la cura, naturalmente questa è quella specifica. Data la facile confusione fra cancro e sifilide del pancreas, l'A. consiglia, in tutti i casi nei quali sia stato diagnosticato il primo, di fare un tentativo di cura specifica. E. SERENI.

Sifilide gommosa del muscolo tricipite brachiale.

M. Fraulini ne ha osservato un caso (*Pensiero medico*, 30 giugno 1923) in cui erano presenti i sintomi che si hanno solitamente in tali lesioni e che possono così riassumersi. Il primo periodo si inizia in modo silenzioso senza alcun disturbo o dolore; lentamente e sempre senza alcuna dolenzia, si sviluppa la neoformazione che può esistere per diverso tempo inavvertita e solo rilevabile ad un attento esame sotto forma di nodosità, situata nella massa muscolare. In seguito si palesa come un tumore rotondo o fusato di vario volume, ma di consistenza dura, omogenea che poco si modifica durante le contrazioni muscolari. I contorni sono sempre netti, specie quando la gomma occupa un muscolo lungo; talvolta però si riesce a palpare solo la faccia superficiale, quando la gomma ha sede nella profondità dei muscoli od è in stretta contiguità con l'osso. Non vi è nessun cambiamento di colorito della pelle che si presenta intatta, di temperatura normale e libera da aderenze con i piani sottostanti. I disturbi funzionali sono minimi e variano a seconda del muscolo colpito e della grandezza della gomma; esiste dolore solo quando qualche filetto nervoso è stirato, compresso o leso.

Quando sia istituita l'opportuna cura si ha di regola la guarigione perfetta con riassorbimento graduale, e solo raramente con atrofia; se invece la lesione è abbandonata a sè si rammollisce, e si ulcera, causando alterazioni profonde e permanenti, donde stati di definitive e gravi alterazioni e retrazioni muscolari per la formazione di cicatrici irregolari ed aderenti; raramente però si ha il rammollimento delle gomme puramente muscolari. Nel caso dell'A. la gomma si era sviluppata solo due anni dopo l'infezione, ciò che costituisce una evenienza rara. A. Z.

TERAPIA.

Quando si debbono somministrare i farmachi.

Non è infrequente il caso che al medico venga domandato quando la medicina prescritta debba essere presa, domanda alla quale il medico risponde spesso a caso od in modo vago ed impreciso. Invece vi sono regole generali a cui è bene conformarsi. Lemoine (*Journ. de thérap. franç.*, ottobre, 1923) fa rilevare che tutte le medicine per cui si desidera una azione rapida vanno prese prima dei pasti. Un ipnotico, p. es., determinerà molto più presto il sonno se preso prima di cena piuttosto che prima di andare a letto; esso agirà anzi in dose minore, poichè non è mescolato a tutta la massa del cibo, ciò che ne rende lento l'assorbimento.

D'altra parte le medicine che hanno effetto per una lenta impregnazione dell'organismo vanno prese alla fine dei pasti, quando lo stomaco pieno di cibo può meglio tollerarle; tale regola vale per gli joduri, i bromuri, il creosoto, l'urotropina e per le medicine a sapore sgradevole. Lemoine anzi somministra anche l'olio di merluzzo in questo modo, evitando così l'inconveniente che esso diminuisca l'appetito e che provochi eruttazioni.

Altre medicine vanno prese a tempo determinato per produrre l'effetto desiderato; gli amari da mezza ad un'ora prima del pasto, allo scopo di attivare la secrezione gastrica; con lo stesso intento Levens consiglia di dare le infusioni calde prima e non dopo il pasto. Altre medicine vanno prese in modo da non disturbare la secrezione gastrica; così il bicarbonato di sodio che spesso viene dato al momento del pasto dimenticando che la digestione gastrica si compie in ambiente acido; la stessa osservazione si applica alla belladonna che diminuisce le secrezioni e quindi anche quella gastrica. Gli alcalini, le polveri assorbenti, la belladonna vanno prese quando il dolore come, p. es., quello dell'iperacidità si manifesta, e cioè un paio d' ore dopo il pasto.

I medicamenti ipotermici vanno presi un certo tempo prima che la temperatura, per quanto sia prevedibile si innalzi. I purganti si prendono al mattino a digiuno, evitando di mangiare entro un'ora; i lassativi invece si danno la notte, un paio d'ore dopo la cena. L'iniezione di arsenobenzoli non si farà mai dopo il pasto; la trascuranza di questa regola ha provocato dei gravi accidenti; anche gli enteroclismi vanno fatti prima e non dopo i pasti. *fil.*

La strofantina per iniezioni endovenose.

A. Fraenkel e H. Doll (*Deut. Arch. f. klin. Med.* e *Presse médicale*, 8 dic. 1923) assimilano l'azione della digitale a quella della strofantina, che essi usano di preferenza per via endovenosa, la quale permette un'azione più rapida ed un dosamento più preciso. Questo medicamento, al pari della digitale, non ha

azione nei disturbi di conduzione del cuore, nè contro quelli che si verificano nei cuori deboli, come nei basedowiani. La vera indicazione della strofantina è l'insufficienza cardiaca, non importa se legata a lesione valvolare, ad ipertensione, a stasi venosa periferica, epatica, polmonare, od anche ad un processo acuto (asma cardiaco). La presenza di infarto o di disturbi di conduzione non costituiscono un ostacolo.

In presenza di insufficienza cardiaca, gli AA. praticano subito un'iniezione di 1/2 mg. di strofantina; l'ammalato risente subito un miglioramento, ciò che costituisce una indicazione per continuare la cura. Nei casi leggeri, che però non migliorano con il semplice riposo, bastano 1-3 mg.; in quelli serii, occorrono cure più prolungate (50-80 iniezioni da 1/2 mg.; talora due volte nella giornata); nei casi gravi la strofantina deve essere continuata senza arresto; essa ritarda la scadenza fatale calmando i sintomi più penosi dell'asistolia. Alla strofantina è bene associare dei diuretici e particolarmente, secondo gli AA., delle iniezioni di un preparato mercuriale.

Nelle 5,000 iniezioni praticate, gli AA. non hanno osservato alcun inconveniente grave. Talvolta si sono verificate nausee, vomiti, che obbligarono ad interrompere la cura. In qualche caso si sono avuti disturbi del ritmo, come polso bigemino o bradicardia che consigliano di diminuire le dosi; raramente disturbi di conduzione ed eccezionalmente fibrillazione auricolare transitoria, che cedette alla chinidina. Gli incidenti mortali verificatisi ad altri sono da attribuirsi a dosi eccessive (per es., un mg.) all'uso di dosi progressive che va condannato. D'altra parte la strofantina va usata con prudenza nei casi di sclerosi renale e quando esistano accessi anginosi, che essa tende ad accentuare, sebbene alcuni anginosi la sopportino a piccole dosi. *fil.*

L'emetina nelle affezioni bronco-polmonari.

Emottisi tubercolari. — È specialmente indicata negli ipertesi in cui costituisce un eccellente medicamento; ha azione analoga al nitrito d'amile e completa l'uso di tale rimedio che non può essere continuato a lungo. L'emetina non provoca malessere, nè ipertermia, nè nausee come l'ipecacuana; non si intende che con essa debba escludersi l'associazione classica dell'oppio con l'ipecacuana, che ha il vantaggio di calmare la tosse; il medico deve poi giudicare sulla opportunità della scelta dell'uno o dell'altro medicamento. L'emetina è anche utile in emottisi da cause diverse, quali, p. es., quelle dovute a ferite del polmone.

Nella *polmonite* l'emetina ha le stesse indicazioni dell'ipecacuana, con il vantaggio di non dare nausee e di non affaticare il cuore. S. Bonnamour (*Journ. de méd. de Lyon*, agosto, 1923) però non ha ottenuto con essa risultati apprezzabili. Più netta sarebbe l'azione dell'emetina nella broncopolmonite, specialmente in quella infantile (un cg. al giorno al disotto dei 4-5 anni) e nelle congestioni polmonari di origine influenzale, quando non vi è ancora soffio. La classica pozione di ipecacuana che rende notevoli servigi nelle broncopolmoniti non può però essere sostituita dall'emetina che si potrà invece dare quando la espettorazione è solo leggermente tinta di sangue e poco abbondante.

Nelle bronchiti acute e croniche, l'emetina è stata usata con risultati varii; in complesso essa, salvo nelle emottisi in cui si è mostrata molto utile, non è destinata a sostituire le vecchie medicazioni, ma va considerata come un medicamento di più da aggiungere al nostro arsenale terapeutico, in modo da avere una maggior libertà di scelta. *fil.*

La teobromina.

Può essere considerato il più inoffensivo dei diuretici, secondo la nota espressione di Huchard. Essa agisce sull'epitelio renale e provoca una diuresi rapida ed abbondante, fin dal primo giorno di somministrazione, mentre la digitale agisce solo tardivamente ed è più tossica. Mentre poi la digitale va considerata come il vero specifico dell'insufficienza cardiaca, la teobromina è lo specifico della impermeabilità renale.

La teobromina può usarsi nelle nefriti acute (*Le Scalpel*, 15 novembre 1923), non già nei primi giorni, in cui è invece urgente il regime idrico e poi latteo e l'applicazione di ventose scarificate alla regione lombare; in seguito, quando al 5°-6° giorno si rileva una diuresi insufficiente, la somministrazione di 25 cg. di teobromina due volte al giorno sarà assai utile.

Ma l'indicazione maggiore si ha per le nefriti croniche, accompagnate dal fattore ipertensione e dalla ritenzione clorurata. È giovevole in tali casi prescrivere la teobromina (50 cg. due volte al giorno) per i primi dieci giorni del mese, somministrando negli altri un lassativo leggero come l'aloina. Quando poi il miocardio incomincia a piegare, si assocerà alla teobromina la digitalina (5 gocce per dieci giorni).

Da Huchard e da Marchiafava, la teobromina è stata anche usata con successo nell'*angina pectoris*.

Si osservano talora fenomeni di intolleranza, che però sono rari; più spesso si ha cefalea, di cui la presenza consiglierà di interrompere il medicamento, riprendendolo poi a dosi minori.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Studio anatomo-clinico della corea acuta gravidica.

Si trattava (Pierre Marie, Bouttier, Trétiakoff: *Bullet. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 1923, n. 26) di una ventunenne nel cui utero l'autopsia rinvenne un embrione di 8 millimetri.

Nel gennaio del 1920 si inizia la malattia che nella prima quindicina del successivo marzo l'uccideva.

Dapprima si notarono un cambiamento del carattere, poi dei movimenti involontari delle dita della mano destra che si estesero rapidamente in otto giorni agli arti superiori ed inferiori, aumentando di frequenza ed ampiezza generalizzandosi in seguito alla testa, al tronco. Agitazione dunque, motoria intensa, coreica con parossismi e probabili allucinazioni; stato ansioso, pantofobico. La morte fu improvvisa.

All'autopsia: congestione generale dei visceri specie dell'encefalo. Meningi edematose con picchiettatura emorragica.

Meningi ispessite, dissociate, riempite di essudato ricco di globuli rossi e di fibrina. Vasi dilatati senza rottura delle pareti.

Nella corteccia cerebrale: noduli tossi-infettivi grandi quanto una testa di spillo, visibili e ad occhio nudo sulle preparazioni colorate. Rari nelle circonvoluzioni fronto-parietali. Al microscopio mostrano uno o due capillari, tappezzati di numerose cellule nevrogliche che raddoppiano le loro pareti: intorno si vedono numerose cellule nevrogliche proliferate di cui alcune sono cariche di granulazioni di mielina. Nei noduli sono anche alterate le cellule nervose (pallore, disintegrazione, picnosi nucleare, neuronofagia): talora sono alterati dei cilindrassi. Insomma piccole lesioni nodulari, distruttive (o degenerative) ove i fenomeni reazionali sono ridotti all'edema ed alla proliferazione delle cellule nevrogliche.

Lesioni più che infiammatorie, degenerative si trovano anche nel centro ovale di Vieussens e nella regione opto-striata.

A notare, l'assoluta mancanza di manicotti perivascolari.

MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Ricerca dello zucchero nel sangue. — Al dott. N. I.:

1) *Metodo di Benedict.* — Due cmc. di sangue vengono laccati con 2 cmc. di acqua e portati a 25 cmc. mediante soluzione di picrato di sodio gradatamente e rotando lentamente il tubo. Si filtra e, ad 8 cmc. del filtrato, si aggiunge 1 cmc. di una soluzione al 20 % di carbonato di sodio. Ottenuta la miscela, la si scalda in un bagno-maria a 100° e si paragona il colore con un campione preparato analogamente e con diverse quantità di glucosio. La soluzione di picrato di sodio si ottiene sciogliendo 36 g. di acido picrico puro in acqua distillata, mediante l'aggiunta di g. 16 *esatti* di idrossido di sodio; la soluzione viene filtrata, raffreddata e portata a mille cmc. Deve avere un'acidità 0.05-0.04/N.

2) *Metodo di Pyers e Bailey.* — Si mescolano 5 cmc. di sangue con 10 cmc. di acqua, si aggiunge 1/2 g. di acido picrico, si agita e si porta a 25 cmc. A 3 cmc. del filtrato, si aggiunge 1 cmc. di una soluzione di bicarbonato di sodio al 20 %. Si tappa il tubo con cotone e si scalda a bagno-maria a 100° per 15 minuti. Si lascia raffreddare, si porta a 10 cmc. con acqua e si confronta con un campione già preparato.

3) *Metodo di Folin e Wu.* — Dieci cmc. di sangue vengono laccati con 70 cmc. di acqua; si aggiungono 10 cmc. di una soluzione al 10% di tungstato di sodio e 10 cmc. (esatti) di una soluzione 2/3 normale. Si agita e si filtra; si mettono 2 cmc. in una provetta speciale, ristretta, vi si aggiungono 2 cmc. di una soluzione alcalina di rame e si tiene in bagno-maria bollente per sei minuti esatti. Si raffredda in un bicchiere d'acqua, avendo cura di non agitare, si aggiungono 2 cmc. di un reattivo fosfo-molibdico, si lascia per 2 minuti, si porta a 25 cmc. e si confronta con un campione già preparato. Con quest'ultimo metodo si ottengono i risultati più precisi.

fil.

Al dott. M. M. da G. J.:

Bisognerebbe limitarsi ad una sola domanda per volta.

1) Non è agevole decidere quale sia il migliore fra i diversi libri, tanto più che le preferenze per l'uno o per l'altro variano a seconda delle tendenze e delle attitudini personali. Il Gougerot ha incontrato molto il favore dei pratici. Il Mohr e Stähelin viene giustamente assai apprezzato.

2) Non conosciamo libri prettamente italiani sulla cucina per infermi. Del resto, anche se la cucina francese è diversa dalla nostra, ognuno può facilmente introdurvi quelle modificazioni e quegli adattamenti necessarii per renderla gradita alle abitudini nostre.

3) Non si dànno risposte su casi clinici. La cura delle adenopatie e delle infiltrazioni ghiandolari anche infantili comprende gli arsenicali e gli jodici, non escluse le iniezioni, sia in forma di soluzione jodo-jodurata, sia di siero jodato. Per quest'ultimo Nobécourt consiglia la formula di Deguy, che è la seguente: Jodio cg. 2; Joduro di potassio cg. 4; Siero di Hayem g. 100. Iniettare sotto cute: 10-20 cmc. prima dei tre mesi; 20-30 fino a 1 anno; 30-40 dopo l'anno.

4) Il medico libero esercente può in generale rilasciare sempre un certificato richiestogli in cui si attesti ciò che risulta obbiettivamente, circondandosi delle necessarie cautele. Tale certificato va retribuito nella misura stabilita dalle tariffe degli Ordini. Quando la lesione rientra in quelle per cui la legge stabilisce l'obbligo del referto, il certificato va inoltrato all'Autorità.

5) La terapia dei trattati francesi non differisce sostanzialmente dalla nostra.

6) Non ci risulta che l'opera del prof. Ascoli sulla malaria sia in ristampa. Pubblicazioni italiane recenti su tale argomento sono quelle del prof. O. Casagrandi (Tipo-lito Universitaria, Padova) e del prof. F. Schiassi (Cappelli, ed., Bologna).

A. Z.

Al dott. G. L., abb. n. 20302 - 2:

Presso la Scuola Ospedaliera di Roma sono organizzati corsi ai quali può iscriversi qualunque laureato; il corso di chirurgia generale corrisponde perfettamente ai Suoi *desiderata*.

T. F.

Al dott. E. G., da G.:

Nella R. Marina in *servizio effettivo* si entra soltanto col grado di tenente mediante concorso per esami. Sono ammessi i medici che non abbiano superato i 30 anni.

T.

Al dott. G. R., da Villadossola:

Il volume del La Torre sull'utero è stato édito dall'« Unione Arti Grafiche » di Città di Castello; costa L. 50.

R. B.

All'abb. n. 9055:

Abbiamo già risposto altre volte alla stessa domanda (cfr. anno 1923, n. 814).

VARIA

Sulla conservazione di caratteristiche ataviche nell'uomo e specialmente sull'importanza pratica di una triade progonica.

Nell'uomo si possono riscontrare delle caratteristiche che non si osservano nella maggioranza dei suoi simili, ma che erano normali nei suoi antenati.

Se queste caratteristiche erano da tempo andate perdute nella serie delle generazioni e improvvisamente ricompaiono in determinati individui, si parla di « atavismo »; se invece queste caratteristiche si sono conservate tali di generazione in generazione fino a determinati individui, mentre nella maggioranza esse sono andate perdute definitivamente, si parla di « progonismo ». « Progonismo » sarebbe dunque il mantenersi di caratteristiche degli antenati, ininterrottamente di generazione in generazione, in una popolazione che nella maggioranza dei suoi membri ha già sorpassato tali caratteristiche.

In alcune popolazioni si osserva una rotazione all'interno dei piedi durante il cammino; si tratta di un progonismo che data dall'epoca in cui l'uomo si arrampicava sugli alberi. Un'altra forma di progonismo è la conservazione fino all'età adulta della forma trapezoide del polmone, ciò che è in rapporto con la forma del torace. Tale forma, fisiologica per tutti gli uomini nell'età infantile, si osserva in determinate popolazioni anche nell'età adulta. Mentre questi progonismi si possono denominare « manifesti », ne esistono degli altri « latenti », che si rendono evidenti soltanto in determinate condizioni di ambiente. A questi ultimi progonismi appartengono i tumori. Determinate cellule conserverebbero attraverso le generazioni la capacità di vivere e di moltiplicarsi come organismi unicellulari, facoltà originariamente propria a tutte le cellule dell'organismo. Queste cellule si comportano come se non appartenessero ad un organismo più altamente organizzato, armonicamente composto, bensì come degli esseri unicellulari, che si moltiplicano in una specie di colonie, e si comportano come dei parassiti. La concezione dei tumori come progonismi rende comprensibile la loro ereditarietà.

Tra i vari progonismi risalta specialmente un gruppo caratterizzato dalla relativa frequenza con cui esso si riscontra (nel 25-30 % degli uomini); si può perciò parlare di una triade progonica.

Questa triade consiste: 1) nella forma imbutiforme dell'appendice (cieco e appendice si

continuano direttamente), forma che fisiologicamente si riscontra nel neonato e nel bambino; 2) nella forma lobata del rene, che, nei casi accentuati, può perfino avere due calici e due ureteri; e 3) nella presenza di solchi sulla milza.

Per ciò che si riferisce all'insufficiente consolidamento della milza e del rene l'uomo è superato da un'unica specie di mammiferi, cioè dai cetacei; per ciò che si riferisce al rene soltanto, dai bovini, dai pinnipedi, dalla foca, dall'orso, dall'ippopotamo e dal rinoceronte (cioè animali che nel passato o ancora oggi, ebbero o hanno da vivere in contatto con l'acqua). Le scimmie antropoidi hanno delle milze e dei reni già consolidati anche nel periodo neonatale, e così pure la maggior parte degli altri mammiferi. L'uomo, che nel periodo fetale e neonatale ha un rene lobato, per ciò che si riferisce a quest'organo sta ad un livello inferiore a quello della maggior parte dei mammiferi che lo hanno, a tale riguardo, di molto superato; ad un livello ancora inferiore stanno gli uomini che presentano la triade progonica.

I progonismi hanno un'importanza pratica nella medicina. La forma progonica del cieco rende rara l'appendicite, che perciò non si riscontra quasi mai nella primissima età, nè tra le popolazioni che presentano generalmente la forma progonica dell'appendice (Cileni). Si comprende agevolmente come un'appendice che si inserisce lateralmente al cieco sia più soggetta ad infiammazioni per la difficoltà al suo svuotamento e per la ritenzione di contenuto decomponibile che offre un buon terreno ai germi patogeni.

Il rene durante lo sviluppo dei mammiferi si consolida sempre più fino a che esso acquista una superficie esterna liscia ed ha nell'interno un'unica grande papilla circondata da un unico bacinetto (così nella pecora, nella capra, nel cane, nel gatto, nelle scimmie). La tendenza alla fusione delle papille è manifesta anche nel cavallo il cui embrione ha dei reni lobati e nei bovini nonostante la lobatura esterna del rene. Nell'uomo invece si osserva il contrario: il rene ha una superficie esterna liscia e consolidata, mentre all'interno le singole papille sono ancora divise e ciascuna è circondata da un calice speciale.

Si può dunque dire che il rene umano in generale e tanto più il rene progonico si trova in uno stadio di sviluppo inferiore a quello degli altri mammiferi ad eccezione di quelli marini: l'autore crede di trovare in questo fatto la causa delle numerose e gravi malattie renali dell'uomo. Lo svuotamento dell'urina è complicato nel rene umano che non è consolidato all'interno. Ciascuna papilla si svuota attraverso un canale escretorio in un piccolo calice e poi dal calice nel bacinetto. Questo sistema escretorio per la sua struttura complicata è maggiormente esposto ad esser danneggiato che non l'unica papilla e l'unico calice del rene dei mammiferi; inoltre essendo scarsa la forza con cui si svuotano i singoli calici (molto inferiore a quella con cui si svuota un calice unico che sbocca direttamente nel bacinetto) con grande facilità si accumulano nei canalicoli della corteccia renale, batteri vivi, sostanze morte organiche ed inorganiche, concrementi. D'altra parte un rene lobato può rappresentare dei vantaggi di fronte al rene consolidato: negli stadi di tumefazione infiammatoria la lobatura diminuisce gli effetti della tensione, permettendo uno spostamento reciproco dei singoli lobi.

(Westenhöfer. *Med. Klinik.*, n. 27, 1923).

R. Pollitzer.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Chabas J. *Enores en la «lucha antituberculosa» evidenciados por el propio dogmatismo imperante.* — Valencia, Vives Mora, 1921.

Ferreri Giorgio. *Il sistema nervoso vegetativo negli adenoidei.* — Roma, Stab. Tip. Soc. Cartiere Centrali, 1921.

Latteri F. S. *Sul comportamento delle ferite sperimentali dello stomaco con o senza intervento.* — Roma, Tip. Unione Editrice, 1921.

Id. *Contributo clinico allo studio delle cisti da echinococco del polmone.* — Napoli, Tip. Enrico Muca, 1921.

Bertolani Aldo. *Sindrome adiposo-ipofisaria consecutiva ad encefalite epidemica.* — Reggio Emilia, Coop. Lavoranti Tipografi, 1921.

Antongiovanni G. *Le ernie addominali nell'infanzia e nella vecchiaia.* — Pescia, Tip. E. Nucci, 1922.

Salmon A. *Su la genesi dei disturbi del sonno nell'encefalite epidemica.* — Napoli, Tip. dello «Studium», 1921.

Falleroni Domenico. *La malaria di Trinitapoli (Foggia) e l'importanza degli animali domestici nella difesa contro la malaria.* — Genova, Stab. Grafico Editoriale, 1921.

Racchiusa Santo. *Sui granuli metacromatici del bacillo difterico.* — Roma, Industria Tip. Romana, 1291.

Pagniello Raffaele. *Le ultime gravi epidemie sono di origine delittuosa?* — Melfi, Rolando Ercolani, 1921.

Di Mattei Pietro. *L'azione vitaminica di sostanze termostabili.* — Roma, Tip. Mantellate, 1921.

Baffoni Luciani Filiberto. *Le infezioni puerperali - Patogenesi e cura.* — Roma, Stab. Tip. L. Adriani, 1921.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

VII. — Norme circa l'adunanza nei casi di revisione di organici.

La revisione dei ruoli organici, anche se vi si provveda in forza dell'art. 1° del D. R. 27 maggio 1923, n. 1177, deve essere deliberata in seduta pubblica, a norma dell'art. 295 del testo unico della legge comunale e provinciale. Nè vale opporre che, nel caso previsto dal citato decreto, la soppressione del posto implica automaticamente il licenziamento dell'impiegato e involge necessariamente discussione e apprezzamento circa la persona: in primo luogo perchè, in tanto si può parlare di licenziamento o dispensa dal servizio per riduzione di organico in quanto prima si addivenga realmente alla riduzione dell'organico, trattandosi di due provvedimenti distinti anche nel tempo; in secondo luogo perchè la dispensa dal servizio per riduzione di organico è una necessità obbiettiva e non implica che si debbano fare apprezzamenti sulle qualità morali degli impiegati, come avverrebbe nel caso di dispensa per motivi disciplinari. In altre parole, la dispensa dal servizio per riduzione di organico non implica una *questione concernente persone* ai sensi dell'art. 295 legge comunale e provinciale, ma una *deliberazione* concernente persone ai sensi del successivo art. 298 — deriva da ciò che la seduta deve essere in ogni caso pubblica e la votazione segreta limitatamente all'oggetto della dispensa, non a quello della riduzione dei posti di organico che richiede seduta pubblica e votazione segreta.

La violazione di queste norme è causa di nullità della deliberazione.

(Consiglio di Stato, Sez. IV: decisione 8 febbraio 1924, n. 38, ric. Ferrari).

VIII. — La scelta nei casi di nomina deve essere libera.

Qualora si debba procedere a nomina di personale — nel caso deciso si trattava di nomina a medico chirurgo assistente presso un ospedale — *mediante scelta,* sia che si provveda per *concorso* che per *chiamata* non è richiesta alcuna motivazione; ma se questa c'è non può essere sottratta al sindacato di legittimità. Se risulti che la scelta fu determinata esclusivamente da una promessa verbalmente fatta (nel caso deciso, dal Presidente dell'amministrazione ospedaliera) l'atto è illegittimo perchè gli organi responsabili non esercitarono una libera scelta, ma diedero esecuzione ad una promessa personale che non poteva impegnare l'amministra-

(Consiglio di Stato, Sez. IV: decisione 2 febbraio 1924, n. 30, ric. De-Gregoriis, c. Prefetto di Ancona e Ospedale civile Umberto I, di Ancona).

IX. — Licenziamento per fine del periodo di prova.

La legge sanitaria ha circondato il licenziamento del medico condotto, per fine del biennio di esperimento, di due garanzie: la disdetta almeno tre mesi prima della scadenza del termine; la deliberazione del Consiglio Comunale con l'intervento della maggioranza assoluta dei Consiglieri assegnati al Comune. A differenza, quindi, di quanto risulta espressamente stabilito per i segretari comunali (differenza ribadita con le recentissime riforme della legge comunale e provinciale e della legge sanitaria) il medico condotto può essere licenziato per la fine del periodo di prova senza che occorra all'uopo una deliberazione *motivata*.

Tuttavia la deliberazione, sebbene non motivata, può essere impugnata e valutata sotto il profilo dell'eccesso di potere quando il licenziamento risulti esclusivamente ispirato da concetto contrastante in modo assoluto con la realtà evidente dei fatti; ma questo contrasto non può ricavarsi in via di presunzione: per es., i certificati di lodevole servizio rilasciati dal Sindaco qualche tempo prima non possono vincolare i Consiglieri nell'apprezzamento relativo al risultato di un esperimento diretto ad assicurare la scelta di un sanitario non soltanto genericamente buono ma *adatto* singolarmente all'ambiente.

Non è illegittimo il licenziamento deliberato qualche tempo prima della scadenza del 21° mese dallo inizio di esperimento; giacchè, se è logico ritenere siasi voluto escludere che gli enti locali potessero avvalersi della disposizione relativa alla disdetta per eludere gli scopi del legislatore col *ridurre notevolmente* la durata dello esperimento, non può per altro ritenersi viziato da eccesso di potere il licenziamento deliberato nella ordinaria sessione primaverile poche settimane prima del compimento del 21° mese.

(Consiglio di Stato, Sez. IV: decisione 2 febbraio 1924 ,n. 19, ric. Renda).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Il rendimento dei dispensari antitubercolari.

Già da parecchi anni sono in funzione in diversi luoghi i dispensarî antitubercolari, e potrebbe ritenersi doveroso ed utile considerare oltre che la strada fatta ed i progressi compiuti, i risultati ottenuti. Un vero bilancio però, nel senso di stabilire l'influenza che essi possono avere avuto sulla morbosità o la mortalità per tubercolosi, non è possibile ottenerlo, anche perchè, specialmente da noi, il numero dei dispensarî è troppo impari alle esigenze, sicchè solo un piccolo numero di tubercolosi può trovarvi un'opportuna assistenza. L'utilità del dispensario può misurarsi solo in via indiretta, considerando i vantaggi che da esso possono ottenersi. Essi riguardano particolarmente:

1) La *diagnosi precoce* della tubercolosi, specialmente allo scopo di scovare il tubercoloso e di seguirlo nel suo ambiente. Non è a dubitarsi che essa non venisse fatta bene anche prima della istituzione del dispensario; questo però certamente la agevola, sia con la possibilità di ricorrere al controllo radiologico, che per molti riusciva troppo dispendioso, sia per le facilitazioni nell'esame degli sputi e per le altre ricerche che servono ad accertare la diagnosi. Inoltre è ovvio che il medico, specializzatosi nell'esame dei tubercolotici, sia in grado di fare, con maggior facilità che il medico generico, una diagnosi precoce, che è di somma importanza dal duplice punto di vista del benessere dell'individuo e della protezione sociale.

2) L'*applicazione della profilassi antitubercolare*, parte integrante del servizio sociale del dispensario, può venir male attuata senza di questo, che con i diversi mezzi a sua disposizione e particolarmente con l'opera delle visitatrici, provvede anche ad una efficace propaganda.

3) L'*istruzione del malato*, di sì grande significato per la profilassi, è tutta affidata al dispensario ed alla visitatrice, che ha il tempo e la possibilità di dedicarvisi, scegliendo i metodi più persuasivi e specialmente quelli basati sui sentimenti egoistici del malato, tanto sviluppati nei tubercolotici.

Tenuto quindi conto di questi vantaggi indiretti, anche se non traducibili in cifre, non si possono disconoscere i benefici che arreca il dispensario, il quale deve essere quindi considerato come un'utile istituzione dai malati e dai medici. Fra le obiezioni, se vogliamo un po' egoistiche, che si muovono ad esso vi è anche quella che il dispensario sottrae un buon numero di malati al medico, che ne risente così un danno finanziario.

Tale obiezione però non è valida se il dispensario funziona a dovere; esso di fatto deve conservare fra gli inscritti solo quelli che sono realmente tubercolosi. Troppo spesso invece, sotto la diagnosi di tubercolosi chiusa, di pleurite apicale, di sclerosi, diagnosi basate su minime anomalie, si continuano a tenere malati che sarebbero meglio curati altrove. Anche gli individui con diagnosi di tubercolosi chiusa e di linfatismo non dovrebbero essere curati al dispensario. L'osservazione di questi malati va prolungata per qualche settimana, tutt'al più per qualche mese, ma non può ammettersi che continui indefinitamente, poichè o la pretubercolosi lascia il posto alla tubercolosi, oppure la diagnosi va orientata verso altre malattie. Di fatto, in molti casi si tratta di individui che hanno difetti di crescenza, con insufficiente respirazione nasale, di cardiaci, di dispeptici o di semplici neuropatici. Questi malati vanno esaminati coscienziosamente, come pure va sottoposto a rigorosa inchiesta il loro ambiente familiare per scoprire una eventuale causa di contaminazione, ma essi vanno eliminati dal dispensario quando tali ricerche risultino negative. Anche nel caso di bambini, la diagnosi di adenopatia tracheobronchiale non va posta senza prove manifeste, mentre invece essa viene fatta con eccessiva facilità anche dove manca la probabilità di un contatto infettante e senza il necessario controllo radiologico. Molti dei bambini così classificati sono dei deboli, dei distrofici, talora tarati da sifilide, degli adenoidei od affetti da insufficienza ghiandolare a cui il dispensario non può dare alcun giovamento.

Tutti questi malati non sono dunque sottratti al medico e non lo sono nemmeno i tubercolosi costretti al letto, che devono necessariamente ricorrere al medico di famiglia. Nessun preconcetto deve quindi animare i medici contro il dispensario, nel quale essi devono anzi vedere un prezioso aiuto per una diagnosi precoce e rapida e per un'assistenza oculata. È proprio dalla collaborazione del medico pratico e del dispensario che si otterranno i benefici che si attendono e che contribuiranno a raggiungere lo scopo agognato di diminuire questo flagello che miete inesorabilmente tante vite umane.

A. FILIPPINI.

Cronaca del movimento professionale.

Negli Ordini dei Medici.

NAPOLI. — Il 13 gennaio si procedette alle elezioni del Consiglio dell'Ordine della Provincia. Risultarono eletti con magnifica votazione: il prof. Giulio Salvi, nominato *presidente*, i proff. Cesare Falcone, Domenico Pane, Carmelo Bruni, Angelo Della Cioppa, Bonaventura Majolo e il dott. Tomaso Scaramellino.

ROMA. — Il 20 genn., doveva aver luogo la assemblea ordinaria annuale dell'Ordine dei Medici con la elezione del Consiglio amministrativo.

Cinque giorni prima l'autorità governativa ha impartito ordine di rinviare l'assemblea e le elezioni amministrative per il fatto che non erano stati invitati a parteciparvi i medici della Sabina, circoscrizione di recente annessa alla Provincia di Roma.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici da vari mesi aveva fatto pratiche presso l'Ordine di Perugia, la Sezione dei medici condotti della Sabina e la Prefettura di Roma, per sollecitare e facilitare l'iscrizione dei medici della Sabina all'Ordine di Roma; ma quando si era giunti al termine legale per l'invio della circolare di convocazione, i medici della Sabina non erano ancora iscritti nell'Ordine di Roma e perciò non furono invitati.

L'attuale Consiglio amministrativo, che non ha commesso alcun errore, e al quale non è da attribuirsi alcuna responsabilità, si è riunito ed ha deliberato di presentare le dimissioni.

Il Prefetto pregò il Consiglio di desistere dalle dimissioni e di provvedere per le nuove elezioni.

Queste avranno luogo domenica 24 febbraio, alle ore 9 nella Sede dell'Ordine (Foro Traiano, 1, p. p.).

VENEZIA. — Il 6 gennaio ebbero luogo le elezioni dell'Ordine della Provincia e successivamente la prima seduta del nuovo Consiglio.

Ecco il nuovo Consiglio: *presidente* prof. Carlo Pasinetti; *segretario*: dott. Antonio Dian; *tesoriere*: dott. Enrico Rambaud; *consiglieri*: dott. Alfonso Abbruzzetti, Tancredi Cortesi, Antonio Gavioni, Alessandro Rizzoli.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.
Corpo d'Armata di Roma.

(*Continuazione: vedi fasc. 6*).

	Lire
Dott. Tori Angelo	30
Dott. Rossetti Carlo	20
Dott. Piccioli Giuseppe	50
Dott. Sbordoni Enrico	10
Dott. Pettenati Alfredo	10
Dott. Venditti Achille	10
Dott. Fantini Adolfo	10
Dott. Aielli Galeazzo	25
Dott. Marsili Guglielmo	30
Dott. Paradisi Alfredo	50
Dott. Benincasa Giulio	50
Dott. Clivi Rutilio	50
Dott. Grassi Alcide	30
Dott. Persichilli Giovanni	20
Dott. Giglioli Giorgio	20
Dott. Valletta Filippo	15
Dott. Gustinelli Carmelo	15
Dott. Brunori Giuseppe	15
Dott. Crivelli Serafino	15
Dott. Pimpinelli Francesco	15
Dott. Battistini Federico	15
Dott. Anagni Anacleto	15
Dott. Poma Giacomo	15
Dott. Cesetti Biagio	10
Dott. Ruzzi Domenico	10
Dott. Galanti Salvatore	10
Dott. Zepponi Angelo	15
Dott. Palomba Giovanni	10
Dott. Novelli Ugo	50
Dott. Terranova Isidoro	20
Dott. Fiordelmondo Gualtiero	50
Dott. Terzaghi Roberto	100
Dott. Roseo Giuseppe	50
Dott. Massimi Giuseppe	50
Dott. Rocchi Francesco Saverio	100
Dott. Cecchetelli Tullio	25
Dott. Farina Guido	10
Dott. Gigante Gaetano	10
Dott. Sabatini Luigi	10
Dott. Mellerio Pietro	50
Dott. Monteleone Remo	20
Dott. Rapisardi Antonio	10
Dott. Scontrino Alberto	5
Dott. Colaizzo Giovanni	15
Dott. Mastroni Paolo	20
Dott. Dardano Carlo	50
Dott. Meli Eustachio	30
Dott. Bertolini Giuseppe	25
Dott. Reggiani Luigi	20
Dott. Vegni Giovanni	10
Dott. Monetti Pietro	10
Dott. Nitti Nicola	5
Dott. Tagliaferri Mario	10
Dott. Ferri Nicola	10
Dott. Calonzi Augusto	20
Dott. Santi Emilio	25
Dott. Coscera Aldo	20
Dott. Andrei Osvaldo	20
Dott. Casini Guido	10
Dott. Rinaldi Giuseppe	25
Dott. Salatino Eugenio	15
Dott. Ricolfi Alessandro	10
Dott. Loriga Giovanni	10
Dott. Pedroli Giuseppe	10
Dott. Maggi Michele	10
Dott. Riccardi Francesco	20
Dott. Sabatucci Luigi	20
Dott. Mencacci Achille	50
Dott. Green Filippo	50
Dott. Lupi Arnaldo	10
Dott. Liverziani Cesare	25
Dott. De Fabi Achille	30
Dott. Frascella Gusman	20
Dott. Filardi Giuseppe	20
Dott. Franck Casimiro	20
Dott. Polacco Arturo	25
Dott. Sampietro Gaetano	100

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AQUILA. *Società Anon. Istituti di Cure.* — Chirurgo primario della Casa di Salute chirurgica (villa Comunale; telef. interpr. 161); L. 18,000 e 50 % proventi atti operat.; 2 camere mobil.; 20 giorni cong. Serv. entro 20 g. Nom. annua. *Comfort* moderno; 30 letti. Chiedere annunzio.

AREZZO. *RR. Spedali Riuniti.* — Alle ore 12 del 29 feb.: Primario medico pediatra, aiuto chirurgo, medico chirurgo assistente. Chiedere annunzio alla Segreteria. Età limite: 40, 38 e 35. Stipendi: L. 8000, 4000 (in corso aum. a 6000) e 3600 (in corso aum. a 5000).

BAGNARA DI ROMAGNA (*Ravenna*). — Scad. 29 feb. L. 7500 e 5 quadrienni dec., L. 2000 cavallo, L. 500 uff. san., c.-v.

CAMPOTOSTO (*Aquila*). — Scad. 29 feb. L. 8200 fino a 1500 pov.; addizion. L. 5; disag. resid. L. 1800; uff. san. L. 500; eventualm. c.-v.; L. 2000 servizio cavalc. Ab. 3289; capoluogo, 2 fraz. e una borgata. Età lim. 40.

CASSANO IRPINO (*Avellino*). — Al 4 marzo; stip. L. 4500 (*sic*) e 3 quinq. decimo; L. 300 uff. san. Età lim. 45. Ab. 1885; ristrettissima lista poveri; acqua e clima saluberrimi.

COMO. *Amministrazione della Provincia.* — Medico di 1ª Classe del Manicomio: fino alle ore 26 del 10 marzo; titoli scientif. e prat.; età lim. 40; tassa d'ammiss. L. 50; stip. L. 10,5000 e c.-v. (25 %-45 % secondo lo stato di famiglia); alloggio ed orto dietro corresponsione di L. 500; è interdetto l'eserc. libero, ma sono consentiti incarichi speciali.

CREMONA. *Consiglio degli Istituti Ospedalieri.* — Direttore sanitario e dirigente comparto medico; vedi fasc. 5. Scad. ore 16 del 29 febbraio.

CERVETERI (*Roma*). — Per le frazioni; a tutto il 5 mar.; L. 9000 e doppio c.-v.; 5 quadrienni dec.; L. 2000 cavalc. Chiedere annunzio.

GUARDAVALLE (*Catanzaro*). — Due cond. Scad. 29 feb. L. 6000 senza altra indennità (*sic.*).

MILANO. *Pio Istituto di S.ta Corona.* — Medico Direttore della Colonia Marina, Istituti elioterapico-chirurgico e profilattico in Pietra Ligure; vedi fasc. 6. Scad. ore 17 del 5 marzo.

MONTEPULCIANO. *RR. Ospedali Riuniti di S. Cristofano.* — Direttore sanitario-chirurgo operatore. Scad. 28 feb. Vedi fasc. 5.

NORCIA (*Perugia*). — Al 25 feb. L. 6000, oltre L. 1000 Ospedale, e le indenn. c.-v.; 3 quinq. dec. Tassa L. 50 a mezzo di cart.-v. intestata al Tesoriere Comun. Serv. entro 20 g.

OTRICOLI (*Perugia*). — Al 29 feb. L. 6000 fino a 1000 pov.; addizion. L. 2; doppia indenn. c.-v. di L. 1200 ciascuna; mezzo trasp. fornito dal Comune. Serv. entro 15 g. Ab. 2170; m. 210 s. M. Chiedere annunzio.

RAVENNA. — Cond. per la fraz. Porto Corsini: L. 8500 e bienni del ventesimo; c.-v., L. 2000 per cavallo od autoveicolo oppure L. 500 per bicicletta, salvo le modificazioni in corso di approvazione. Scad. ore 17,30 del 26 feb. Età lim. 40. Tassa di concorso L. 50, a mezzo di cart.-vaglia. Serv. entro 20 g. Ab. circa 1500 di cui 150 pov.

RIVAROLO DEL RE (*Cremona*). — Proroga ore 12 dal 29 febbraio. Vedi fasc. 4.

ROMA. *Croce Rossa Italiana.* — Medico aiuto nel Sanatorio Cesare Battisti presso Roma; L. 700 mens. compreso: c.-v., vitto, alloggio. Scad. 15 mar. Età lim. 35. Stato di fam. Chiedere dettagli alla Sede centrale, Ufficio II, Via Toscana 12.

SANNICANDRO GARGANO (*Foggia*). — 2° reparto. Scad. 30 g. dal 25 gen. Età lim. 45. Cartol.-v. di L. 50.20 intestata al Tesoriere comunale. L. 5500 e quadrienni decimo, oltre le indenn. c.-v.

VERONA. *Ufficio d'Igiene e Sanità.* — Direttore del Dispensario per le malattie veneree e sifilitiche; vedi fasc. 6.

TRARECO (*Novara*). — Consor. con Viggiona; kmq. 16, m. 785 s. M., ab. 912, con circa 50 pov.; L. 6000 resid., L. 500 uff. san., L. 500 indenn. alloggio, doppio c.-v.; Scad. 5 mar. Serv. entro 15 giorni.

Medico-chirurgo condotto e ferroviario, 35-enne, 8 anni di pratica professionale con ottimi titoli, versato prevalentemente in chirurgia e ostetricia, cerca posto in paese marittimo o sui laghi Italia centrale settentrionale. Rivolgersi: Alliata Bronner, Via Oriuolo, n. 10, p. p., Firenze.

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze.* — La Classe di Scienze Fisiche mette a concorso due premi annuali della Fondazione «Socrate Pozzi», dell'importo di L. 750 ciascuno, da attribuirsi a due memorie riguardanti l'una la medicina pratica, l'altra la chirurgia pratica. I temi messi a concorso sono: «Le malattie da avitaminosi» e «Tumori del testicolo sotto il punto di vista anatomo-patologico». Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Associaz. Professionale Dermosifilografi Italiani.* — Premio Locatelli. Vedi fasc. 45 del 1923. Scad. 15 mag. 1924.

ROMA. *Associaz. Ital. per l'Igiene.* — Premi per opuscoli di propaganda. Vedi fasc. 50 del 1923. Scad. 28 feb. 1924.

ROMA. *R. Clinica Oculistica.* — Premio internazionale Cirincione. Scad. 31 ag. 1924. Premio nazionale Cidomi. Scad. 31 mag. 1924. Vedi fasc. 17 del 1923.

TORINO. *R. Accad. di Medicina.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 35 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

VENEZIA. *R. Istituto Veneto.* — Premio Minich. Vedi fasc. 40 del 1923. Scad. 31 dic. 1924. Premio Forti. Vedi fasc. 40 del 1923. Scad. 31 dic. 1925.

BORSE DI STUDIO.

Borsa internazionale della Federazione Laureate. — La Federazione Americana fra Donne Universitarie offre una borsa di studio di 4000 dollari per aiutare la vincitrice a proseguire i suoi studi postuniversitari in paese diverso dal proprio du-

rante l'anno accademico 1924-1925. Possono concorrere le socie ordinarie di tutte le Federazioni Universitarie e Femminili, ramificazioni della Federazione Internazionale fra Donne Universitarie.

La borsa verrà assegnata dal Comitato per le borse di studio dell'Associazione Americana fra Donne Universitarie, e la vincitrice verrà proclamata nel marzo 1924.

Durante il godimento della borsa la vincitrice deve studiare in Università o Collegi di nazione diversa da quella in cui ha ricevuto la sua istruzione o ha la sua abituale dimora. Ogni concorrente deve informarsi in precedenza se l'Università o il Collegio in cui si propone di studiare, offra speciali opportunità per le sue ricerche.

Le richieste devono essere inviate in prima istanza alla Sezione della Federazione Italiana fra Laureate e Diplomate di Istituti Superiori cui la concorrente appartiene. Se la candidata abitasse in Città in cui non esiste Sezione della Federazione, deve spedire i suoi documenti al Consiglio Centrale — Via Manin 53, Roma (22). — Le richieste devono giungere non più tardi del 20 dicembre 1924.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. A. Aggazzotti dalla cattedra di Fisiologia della R. Università di Catania, è passato all'insegnamento ufficiale della stessa disciplina presso l'Università di Parma.

A coprire il posto rimasto vuoto a Catania è stato incaricato il prof. Gaetano Quagliariello, già aiuto del prof. Filippo Bottazzi all'Istituto di Fisiologia della R. Università di Napoli.

Il prof. Mario Truffi è stato chiamato alla direzione della clinica dermosifilopatica della R. Università di Catania.

Il dott. Luigi Cevario ha conseguito la libera docenza in clinica chirurgica e medicina operatoria presso l'Università di Siena, discutendo il tema «La cura moderna dei processi infiammatosi acuti».

Con recente decreto il ministro della Guerra, generale Diaz, ha concesso al tenente colonnello medico del comando della IV Armata, comm. prof. Vincenzo Montenovesi, di Roma, la Croce al merito di guerra.

Il prof. Montenovesi ha diretto l'ospedale militare di riserva di Belluno, e poi venne nominato consulente chirurgo di tutte le unità sanitarie della gloriosa IV Armata che vinse nella battaglia sul Piave.

Rallegramenti cordiali.

Il prof. Rodolfo Stanziale, direttore della Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Napoli e fondatore dell'Istituto Fotoradioterapico di questa città, è promosso Grande Ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia.

Il dott. Mario Mazzolini, medico condotto di Todi, è nominato cavaliere della Corona d'Italia.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

L' " Ars medica ,,.

S. PAOLO DEL BRASILE.

Il 18 dicembre, alle ore 20.30, nel salone dell'Ospedale Umberto I, ebbe luogo a San Paolo una adunanza dell'«Ars Medica» in onore del deputato italiano Innocenza Cappa, in missione nel Brasile.

Si esperiscono, in primo tempo, i lavori ordinari.

Il prof. MANGINELLI manda un saluto al presidente prof. Bovero; comunica come in seguito alla nomina del prof. Guarneri a direttore dell'Ospedale Umberto I, questi entri per disposizione statutaria a far parte del Direttorio; prega di voler conservare nel Direttorio anche il dott. Bifano, fino alle nuove elezioni; dichiara ammessi in qualità di soci effettivi il prof. W. Haberfeld, il dott. Octavio de Carvalho, il prof. Pansardi e il dott. Grisi e notifica i doni ricevuti, tra i quali le interessanti pubblicazioni inviate dalla Direzione dell'Ospedale Maggiore di Milano. Annunzia l'impianto prossimo nella Casa di Salute Matarazzo di un grande e moderno laboratorio di Cardiologia per lo studio e l'esame del cuore coi più moderni apparecchi e di un laboratorio completo per lo studio e l'esame delle moderne malattie del ricambio. Questi laboratori organizzati in modo perfetto saranno di incontestabile utilità all'Ospedale Italiano ed alla Casa di Salute, e sono frutto dell'opera munifica del conte Francesco Matarazzo (junior). Legge infine un telegramma del dottore Giovanni Priore che si associa all'atto di simpatia dell'«Ars Medica» verso l'on. Cappa.

Aperta la serie delle comunicazioni, annunzia per la seduta del gennaio, una interessante e vasta relazione del prof. GUARNERI sulla *chirurgia addominale.*

Quindi si iniziano le comunicazioni scientifiche, che furono le seguenti:

del dott. Costabile COMENALE sullo *studio clinico e ricambio del calcolo nelle encondrosi multiple;*

del prof. MANGINELLI *su un caso di sifilide dello stomaco;*

del prof. Giacomo DEFINE *sulla azione terapeutica del bismuto nella lue.*

Finite le comunicazioni scientifiche il prof. TRAMONTI, consigliere dell'«Ars Medica», formula la proposta di iscrivere la Società nel Touring Club; tale proposta viene approvata alla unanimità.

Dopo di che il prof. MANGINELLI rivolse all'on. Cappa un indovinato saluto con una felice e riassuntiva evocazione dell'origine e degli scopi nobilissimi dell'«Ars Medica», primo fra tutti quello di promuovere una maggiore intimità di rapporti fra i medici e gli scienziati italiani residenti in San Paolo e quelli brasiliani e delle altre colonie e di favorire l'intercambio intellettuale fra l'Italia ed il Brasile. Aggiunse: «L'intercambio intellettuale è basato principalmente su due grandi forze: il libro e la parola. Per il libro, tutto quanto s'era potuto escogitare per ostacolarne la diffusione all'estero è stato coscienziosamente fat-

to in Italia: mancanza assoluta di cataloghi, stolida esagerazione nei prezzi, irregolarità, disordine, ritardo negli invii, mancanza completa di ogni elemento che potesse render noto e valorizzare il pur non indifferente movimento scientifico italiano. Per la parola sarebbe desiderabile che almeno per quelli che vengono qui in veste ufficiale fosse rigorosa la scelta e fossero eliminati tutti coloro che non dessero serie garanzie di poter bene e degnamente rappresentare un grande paese.

«Ma l'intercambio presuppone inoltre che si scambi qualche cosa; altrimenti è una influenza che si vuole esercitare, influenza necessariamente unilaterale, necessariamente illecita ed altrettanto necessariamente poco gradita a chi dovrebbe subirla. Sono quindi indispensabili due grandi correnti, l'una brasiliano-italiana e l'altra italo-brasiliana. Queste due grandi correnti dovrebbero far capo nei due paesi ad organismi ben costituiti, che vivano la vita stessa del paese, ne avvicinino gli uomini, ne comprendano i pregi ed i difetti, ne afferrino le deficienze e le sovrabbondanze; ed abbiano in più il senso reale della loro continua, costante responsabilità.

«Le credenziali morali indispensabili ad un simile organismo l'*Ars Medica* chiederà al R. Governo italiano, per l'esplicazione del suo programma massimo. Alle nostre autorità locali, a Voi, on. Cappa, come già ad un altro gradito ed illustre ospite che vi ha preceduto, il sen. Lustig, come a quanti verranno qui *con intelletto d'amore* a visitare questo paese, affidiamo le nostre idee.

«E Voi che ne avete modo, dite all'Italia ufficiale che non si lesinino i mezzi atti a far conoscere la ricca produzione scientifica italiana, che si largheggi nell'invio di libri e di riviste, che si sia molto cauti nell'invio di uomini.

«In questo periodo di così intensi scambi, in cui sembra che la vita delle nazioni si vada amalgamando ed internazionalizzando, è giusto che ci si faccia anche noi conoscere e giudicare: sulla conoscenza degli uomini ancor più che sulla conosenza delle cose è imperniata la scienza della vita».

L'on. Cappa prese in prestito dagli oratori che l'avevano preceduto una serie di termini scientifici, sui quali ricamò una tela di pensieri nobilissimi, esaltando anzitutto la medicina ed i suoi sacerdoti, e quindi l'universalità della scienza che non ammette confini materiali e teoretici e che sta al disopra di tutti i più nobili egoismi nazionalistici.

Lo scienziato che persegue una ricerca, che compie una scoperta nuova, lavora per l'umanità, non per una patria soltanto.

Questo concetto fondamentale della scienza giustifica da solo tutti gli sforzi per favorire un intercambio intellettuale fra nazione e nazione: intercambio che ha una speciale ragione di essere fra l'Italia ed il Brasile.

L'on. Cappa disse di volersi rendere interprete in Italia delle aspirazioni dell'«Ars Medica», che egli considera come una libera università, e promise di non risparmiarsi gli sforzi per favorirne le iniziative pratiche.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione Italiana di Medicina Legale.

Nel recente Convegno di Roma l'Associazione Italiana di Medicina-Legale, fondata a Genova nel 1913, ha deliberato di ricostituirsi sulle stesse basi statutarie allora adottate, per raccogliere in un fascio solidale e concorde le migliori energie della nostra disciplina e promuovere ed assicurare un progressivo incremento dottrinale e pratico di essa.

La prima solenne affermazione collettiva d'indole tecnica e scientifica avrà luogo nella primavera del 1925. Ci riserviamo di far conoscere a suo tempo i temi che vi saranno trattati, i nomi dei relatori ed i titoli delle comunicazioni, che speriamo affluiranno numerose ed importanti dai vari centri di studio. Fu appunto designata un'epoca di tempo ancora lontana, perchè tutti si possano preparare alla nuova prova in modo degno delle nobili tradizioni — antiche e recenti — della Medicina-Legale Italiana e della sua reale efficenza didattica e sociale.

È però probabile che anche prima di quest'epoca l'Associazione si raccolga in Convegno a tutela dei comuni interessi professionali, che sono più modesti in apparenza ma hanno immediato e cospicuo risentimento anche culturale.

Onde i colleghi sono sollecitati vivamente, a voler inviare la loro adesione alla rinata Associazione e a voler procurare altri aderenti in ogni campo di studi, medici e giuridici: essi, a norma dell'art. 5 dello Statuto, dovranno essere presentati da due soci.

La quota annuale sociale, a parziale modificazione dell'art. 6 dello Statuto, fu elevata a L. 30.

Le adesioni accompagnate dalla quota debbono esser inviate al Segretario-Cassiere dell'Associazione: prof. Attilio Cevidalli dell'Università di Padova.

Le opere sociali italiane all'Esposizione Internazionale di Gand.

Presieduta da S. E. Luigi Luzzatti, si è riunita in Roma nella Sede della Cassa Nazionale Infortuni una Commissione per predisporre la partecipazione delle Opere Sociali Italiane all'Esposizione Internazionale della Cooperazione e delle Opere Sociali che si terrà in Gand dal giugno al settembre di quest'anno.

Il dott. Casalini ha fatto un'esposizione degli scopi della Mostra di Gand, in cui l'Italia avrà un padiglione di 1500 metri quadrati, ed ha annunciato la partecipazione, oltre che dei principali Enti cooperativi Italiani, anche delle Ferrovie dello Stato.

S. E. Luzzatti con un alato discorso è partito dalle alte finalità sociali che diedero origine, per sua iniziativa, alla Cassa Nazionale Infortuni, per auspicare una larga partecipazione delle Istituzioni Sociali Italiane all'Esposizione di Gand in cui l'Italia deve avere un riconosciuto primato anche per volontà del Capo del Governo Italiano.

Dopo un'elevata discussione alla quale hanno partecipato il comm. Bargoni ed il sen. Ferrero

di Cambiano, il comm. Magaldi ed il prof. Oberdorfer, è stato espresso il voto che il materiale che verrà esposto a Gand sia poi riunito per costituire il primo nucleo di un «Museo Sociale» da istituire in Roma presso la Cassa Nazionale Infortuni per la dimostrazione di tutto il movimento assistenziale italiano.

Sono state nominate quattro Sottocommissioni, una per le opere di Assistenza Pubblica, una per la Previdenza e le Assicurazioni Sociali, una per le Opere di Assistenza Sociale ed una per le Case popolari. Le quattro Sottocommissioni inizieranno subito il loro lavoro per portarne il risultato complessivo nella prossima Assemblea Generale.

Convegno Nazionale d'Igiene e Sanità.

Ad un Convegno Nazionale indetto dalla Deputazione provinciale di Milano tra rappresentanti delle provincie italiane furono discusse la portata e l'organizzazione dei servizi igienico-sanitari che dovrebbero far capo alla Provincia: laboratori, servizi di disinfezione, difesa sanitaria, tutela della maternità, dell'infanzia, del lavoro, preparazione di personale infermiere e d'assistenza, propaganda, rapporti con i dicasteri dell'interno e dell'economia nazionale.

Società Italiana per l'Eugenica e le questioni sessuali.

Il 17 gennaio, nei locali della Clinica psichiatrica di Napoli, gentilmente concessi dal prof. D'Abundo, fu costituito il Gruppo napoletano della Società. Parlarono: l'on. Capasso, promotore del Gruppo, il sen. Bianchi, che presiedette l'adunanza, Roberto Bracco, i proff. Zuccarelli, Colucci, Tropeano e Martelli. A presidente del Gruppo fu acclamato il sen. Bianchi, che designerà i componenti del Consiglio direttivo.

Corso di perfezionamento.

Dal 5 maggio al 5 luglio 1924, sotto la direzione del prof. Rodolfo Stanziale, avrà luogo presso la Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Napoli, un corso di perfezionamento in Clinica Dermosifilopatica per laureati in Medicina e Chirurgia. Saranno impartite lezioni cliniche ed eseguite esercitazioni cliniche, di laboratorio e di terapia attinenti alla specialità.

Dopo aver superato la prova di esame sarà rilasciato un diploma.

La tassa d'iscrizione, comprese le spese, è stabilita in L. 300. Le domande in carta legale (L. 2) vanno intestate al Direttore della Clinica ed inviate alla Segreteria della Facoltà, accompagnate dalla ricevuta di versamento della tassa d'iscrizione dell'Ufficio di Economato, e dal certificato di laurea.

Presso l'Università di Napoli è organizzato un corso di perfezionamento in idrologia, elettroradiologia e terapia fisica, per laureati in medicina o in chimica farmacia. Gl'insegnamenti fondamentali vengono impartiti dai proff. Pio Marfori e F. P. Sgobbo. Il Corso avrà la durata di circa due mesi e sarà iniziato appena completata l'iscrizione. L'orario verrà stabilito in modo da permettere l'assistenza ad altri corsi. Gli inscritti saranno avvisati dell'inizio del Corso direttamente a domicilio in tempo utile. In seguito ad esame verrà rilasciato un diploma. Tassa di iscrizione L. 300, da versarsi all'Economato della Università. Domande di iscrizione al Rettore, inviate al Direttore della Scuola, prof. Pio Marfori, S. Andrea delle Dame, 21, in Napoli.

Il 18 febbraio si è iniziato presso la R. Clinica Pediatrica dell'Università di Napoli, diretta dal prof. Rocco Jemma, un corso di perfezionamento in pediatria per laureati in medicina e chirurgia.

Il corso, che ha carattere eminentemente pratico, durerà sino al 31 marzo e alla fine del corso verrà rilasciato, dietro esame, uno speciale diploma. La tassa complessiva è stata fissata in L. 301.

Col 17 marzo avrà principio nel R. Istituto d'Igiene di Bologna un corso teorico-pratico bimestrale, per laureati aspiranti ufficiali sanitari. Nell'accoglimento delle domande d'iscrizione si darà la preferenza ai leureati in Medicina e Chirurgia e a quelli in Zoojatria, e in ordine di anzianità di laurea.

Domanda al Rettore non oltre il 29 febbraio, ricevuta di L. 390, rilasciata dall'Economato della R. Università, per tassa, sopratassa di esame, bollo, diploma e diritti di Segreteria.

Pio Istituto di S. Corona.

Questo Istituto di Milano, attuando un grandioso programma, ha acquistato e adattato una vasta proprietà posta sulla magnifica spiaggia di Pietraligure, che, su di una superficie di mq. 70 mila, in terreno fertilissimo, presenta 40 caseggiati, modernamente costrutti e collegati da ampie strade, da una rete di fognature, ecc.

In assetto completo questa proprietà rappresenterà un capitale di circa otto milioni di lire. Essa consta di due parti: un Istituto «elioterapico-chirurgico» ed una Colonia marina «profilattica». L'Istituto contiene oltre 350 letti, di cui buona parte in camere separate; dispone di due grandi *solarium*, di mq. 300 ciascuno, ai quali si accede con ascensori elettrici; di una terrazza *solarium*, di uno spiazzo rialzato, di un *solarium-terrazzo-porticato;* è fornito di una Sezione chirurgico-ortopedica e di una Sezione laboratorii, è attorniato da costruzioni speciali per un piccolo stabilimento idroterapico ed elettroterapico e per ambulatori. Vi sono annessi campi di gioco, una pista, ecc. ecc. Una «Sezione abbienti» completa l'Istituto.

La Colonia marina «profilattica» permanente ed estiva ha un carattere essenzialmente preventivo ed è disposta in 30 ville, composte ciascuna di un diverso numero di locali, complessivamente sommati a 800 e forniti di tutto quanto può es

sere richiesto allo scopo cui sono destinati: accoglierà fanciulli deboli, disposti alla tubercolosi ed alle malattie del pauperismo organico, ed anche soggetti giovani d'ambo i sessi ed adulti per la cura di tutte le forme generali di debolezza organica, sia costituzionale, che dipendente da malattie pregresse. La molteplicità delle costruzioni, la loro indipendenza nei servizi, rendono possibile l'accoglimento di soggetti di sesso e di età diverse, venendo questi divisi ed opportunamente collocati e sorvegliati.

Sanatorio Provinciale Vittorio Emanuele III in Arco.

Nel 1919 i connazionali dell'Argentina, con slancio altamente patriottico, raccolsero due milioni di lire per la istituzione, in terra redenta, di un Sanatorio a favore dei tubercolotici di guerra, da intitolare agli Italiani dell'Argentina.

Trascorsi due anni senza che si fosse potuto, per cause diverse, dar vita alla provvida iniziativa, l'Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi della guerra, costituita con Legge 25 marzo 1917, n. 481, chiese ed ottenne l'assegnazione dei due milioni, uno dei quali da destinarsi all'impianto, e l'altro come concorso alla gestione. E si obbligò ad allestire il Sanatorio entro un anno, nella Venezia Tridentina, essendosi già posta in condizione, per l'ottenuta cessione di adeguati fondi, di istituirne un altro nella Venezia Giulia.

L'Opera Nazionale ha mantenuto il suo impegno, acquistando, nel saluberrimo territorio di Arco, due idonei e contigui fabbricati, e cioè, la Villa degli Ulivi, già casa di cura per malati di petto, e la Villa Belfiore, e adattandole in base alle moderne esigenze della tecnica sanatoriale.

Il Sanatorio è provvisto dei più razionali e perfetti impianti igienico-sanitari ed è dotato di idonei padiglioni-baracche.

L'inaugurazione ebbe luogo il 17 febbraio: essa segna il compimento di un'opera intrapresa con fede ed amore, a sollievo dei tubercolotici di guerra del Trentino, i quali vi saranno ricoverati, per ora e per l'avvenire, a spese dell'Opera Nazionale. Esso verrà conferito in proprietà e in gestione alla Provincia di Trento, affinchè possa agevolmente servire, in un secondo tempo, anche per i tubercolotici civili.

S. M. Vittorio Emanuele III, accogliendo i caldi voti dell'Opera Nazionale, ha consentito che il Sanatorio sia intitolato all'Augusto Suo Nome.

È in corso d'impianto un altro Sanatorio, della capacità di cento letti, nella Venezia Giulia (Spessa) ed altro, di uguale capienza, sorgerà tra non molto nelle Calabrie, a beneficio dei tubercolotici di guerra di quelle regioni. Anche questi Istituti saranno, dall'Opera Nazionale, conferiti in proprietà ed in gestione alle rispettive Provincie.

La prolusione del prof. Zagari.

Il 24 gennaio, innanzi ad un pubblico imponente di Maestri, medici, studenti e di signore elette, il prof. Zagari inaugurò il suo corso di clinica medica; fra gl'intervenuti erano i sen. Cardarelli e Bianchi.

Dopo aver rivolto espressioni di deferenza ai suoi Maestri ed in particolare al sen. Cardarelli, che lo designò a successore; dopo aver salutato l'Alma Mater, cui ritorna con trepido cuore, il prof. Zagari svolse ampiamente il tema della sua dissertazione: «La Clinica, Scienza ed Arte». Illustrò il concetto che la clinica ha un'importanza centrale negli studi medici e che essa è ad un tempo scienza ed arte: scienza, in quanto studia i processi morbosi, arte in quanto applica le nozioni su cui si basa. Fece valere gli sviluppi di alcune acquisizioni diagnostiche e terapeutiche recenti e prospettò i progressi che è legittimo aspettarsi in un avvenire non remoto. Chiuse con un affettuoso incitamento ai giovani.

La magistrale conferenza, che tenne avvinto l'uditorio, fu spesso sottolineata da applausi ed infine coperta da un'ovazione.

Laboratorio per le malattie tropicali a Bologna.

Dietro proposta della Facoltà Medica di Bologna, e dietro approvazione del C. S. della P. I. e di S. E. il Ministro Gentile, è stato istituito un incarico per l'insegnamento della Patologia esotica e coloniale nei Laboratori annessi alla Clinica Medica della R. Università di Bologna. A coprire tale carica è stato chiamato il dott. Giuseppe Franchini, libero docente di Patologia medica e di Patologia coloniale, allievo del prof. Ross ed aiuto e collaboratore per molti anni del defunto prof. A. Laveran all'Istituto Pasteur di Parigi. Nel prossimo mese di marzo, e susseguenti, avrà inizio un corso teorico e pratico di clinica ed igiene coloniale, di protozoologia ed entomologia coloniale per medici e studenti, specialmente allo scopo di formare i medici coloniali. Sarà dato particolare sviluppo alla parte pratica e saranno mostrati numerosi protozoi colle loro culture allo stato fresco ed in preparati colorati, tripanosomi di varie specie ed i principali insetti trasmissori di malattie.

Siccome non poche malattie, specialmente frequenti nei paesi caldi, non sono molto rare neanche in Italia, così tale corso dovrebbe interessare non solo quei medici che per le loro mansioni debbono esercitare nelle colonie, ma anche molti medici nostrani che in generale hanno una cognizione molto sommaria dei protozoi, delle malattie da protozoi e della tecnica adatta per svelare e mettere in evidenza questi parassiti.

La Croce Rossa Italiana invia soccorsi per i bimbi tedeschi.

In seguito all'appello lanciato dalla Commissione mista di Ginevra e dalla Lega delle Società di Croce Rossa di Parigi a tutte le Società di Croce Rossa, per raccogliere offerte destinate alle popolazioni affamate della Germania, il Presidente Generale della C. R. I., sen. Ciraolo, ha inviato al Presidente della Croce Rossa tedesca, colonnello Traudt, la somma di L. 25,000, destinate specialmente a soccorrere i fanciulli, che sono, con i vecchi, i più colpiti dalla terribile crisi.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Revue Neurol., ott. — W. M. KRAUS. Compito integrativo del midollo nelle attitudini. — M. AUSTREGESILO. Stati vagotonici influenzali.

Rivista Oto-Neuro-Oftalm., ott. — A. REVENDINO. Comportam. del liq. cef.-rach. nelle malattie del n. ottico. — G. FUMAROLA. Gomma della parte post. del girus temporalis inferior sinister. — A. DI MARZIO. Oxicefalia e lesioni oculari o sindrome di cranio-sinostosi patologica. — G. FERRERI. Innervazione del palato molle.

Wien. Klin. Woch., 1 nov. P. NENDA e F. REDLICH. Compito del fegato nei danni da raggi X.

Pensiero Med., 27 ott. — G. VIGEVANI. Periviscerite tubercolare e p. luetica.

Bull. Ac. Méd., 23 ott. — G. SANARELLI. Patogenesi degli stati algidi nel colera, nelle enteriti e appendiciti.

Lancet, 10 nov. — J. MACKENZIE. I principî della sintomatologia; introduzione a una nuova visione in medicina.

Brain, ott. — D. MCALPINE. Patologia della sindrome parkins. post-encefalitica. — L. INGVAR. La localizzazione cerebellare.

Pediatr., 1 nov. — S. CANNATA. L'influenza nel neonato. — G. CASTORINA. La reaz. di Brahmachiari nella leishmaniosi infant.

Giorn. It. Mal. Ven. e d. Pelle, ott. — A. DE-BELLA. Sarcoide di Boesk. — C. GUARINI. Terapia dell'eczema cron. con l'irradiaz. della tiroide. — G. ARMUZZI. La reaz. di flocculaz. di Bruck.

Clinica y Laborat., nov. — V. FOVEAU DE COURMELLES. La radioanafilassi. — M. BASTOS AUSART. Le cineplastiche.

Boston Med. a. Surg. Journ., 1 nov. — G. R. MINOT e J. J. SAMPSON. Il diossido di germanio nell'anemia.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 25 Febbraio 1924 Fasc. 8

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. A. ZERI.

Ricerche sperimentali sulla spirochetosi ittero-emorragica.

Dott. VITTORIO VANNI, assistente.

Iniettando nella cavia, per via endoperitoneale, le orine di un malato di spirochetosi itteroemorragica nel periodo colemico, malato che presentava un decorso della infezione estremamente maligno, abbiamo potuto osservare che la morte della cavia, avvenuta assai precocemente a causa della straordinaria virulenza dello stipite, non era accompagnata da ittero esternamente visibile, nè da ittero viscerale rilevabile all'autopsia, ma solo da fenomeni imponenti di diatesi emorragica.

Le culture allestite col metodo di Noguchi usando frammenti di organi della cavia infetta (surrene, fegato, rene) si mantenevano virulente, producendo la morte della cavia in tempo più o meno breve, con fenomeni prevalenti di diatesi emorragica, solo eccezionalmente accompagnati da ittero.

Ma le culture successivamente trapiantate, o lasciate a sè stesse, finivano con l'attenuarsi, e tale attenuazione era rivelata dalla morte della cavia che avveniva in periodo più lungo (20-30 giorni) con ittero che si verificava costantemente, ma senza fenomeni di diatesi

emorragica. La virulenza dell'agente specifico poteva di nuovo venire esaltata, spappolando frammenti di fegato di tali cavie in soluzione fisiologica, e iniettandoli in nuove cavie per via endoperitoneale. Allora la morte avveniva in periodo più breve, con tendenza alla ricomparsa di fenomeni di diatesi emorragica.

Sulla base di tali osservazioni, abbiamo intrapreso ricerche tendenti a stabilire i rapporti esistenti tra variazione di virulenza e proprietà patogena della spirocheta ittero-emorragica.

È noto quanto la spirocheta di Inada e Ido sia sensibile al calore, tanto da essere il suo virus inattivato a 55 gradi per mezz'ora (Uhlenhut e Fromme).

Per tentativi abbiamo sottoposto culture virulente (capaci di produrre cioè morte rapida nelle cavie, con fenomeni imponenti di diatesi emorragica) all'azione di temperature diverse, per tempo variabile. Si riusciva così ad attenuare artificialmente la virulenza della spirocheta, e la morte della cavia infetta o non si verificava affatto o avveniva in tempo assai lungo, con comparsa però costante di ittero, e mancanza di fenomeni macro- o microscopici di diatesi emorragica.

Ma bastava esaltare la virulenza della spirocheta, così artificialmente attenuata, mediante iniezioni in nuove cavie di frammenti di fegato o di rene di essa, emulsionati in soluzione fisiologica, perchè i fenomeni di diatesi emorragica si ripresentassero.

Da tali esperienze si possono trarre deduzioni di qualche interesse per la patologia umana: la presenza infatti nell'uomo dei fenomeni di diatesi emorragica accompagnanti l'ittero, evenienza rara in Europa e frequente in Giappone, non sta ad indicare diversità di stipite della spirocheta, ma è da considerare come l'esponente della variazione della sua virulenza; e precisamente, la proprietà di produrre fenomeni di diatesi emorragica sta ad indicare una virulenza maggiore: abbiamo visto infatti come essa tenda a scomparire nelle culture attenuate artificialmente al calore.

In due casi pertanto occorsi a Roma alla nostra osservazione e che hanno formato l'oggetto di uno studio speciale, la comparsa di fenomeni di diatesi emorragica insieme all'ittero fu il segno di un esito rapidamente letale.

La proprietà della spirocheta di essere itterigena persiste, come abbiamo visto, anche nelle culture attenuate artificialmente. A tale proposito sono da ricordare quegli itteri infettivi insorti a Roma fra i così detti « fiumaroli » (1), itteri a carattere benigno, in cui mancavano i fenomeni di diatesi emorragica. Tali itteri erano assai probabilmente di origine spirochetica, ma dovuti a stipiti a virulenza attenuata. Abbiamo visto infatti come la spirocheta ittero-emorragica, attenuata artificialmente al calore, conservi sempre la proprietà itterigena. E ciò spiega anche perchè in tali casi la diagnosi batteriologica spesso fallisca, in quanto che le spirochete eliminate per il rene in istato di grande attenuazione, non sono capaci di produrre sempre fenomeni morbosi rilevabili nella cavia. Tale fatto abbiamo potuto dimostrare sperimentalmente mediante culture attenuate al calore protratto, che pur producendo ittero lieve nelle cavie, le orine e il sangue di esse si mostrano spesso avirulente per nuove cavie.

(1) Termine locale per indicare i bagnanti del Tevere.

Viceversa esistono casi di spirochetosi ittero-emorragica in cui i fenomeni di diatesi emorragica decorrono sotto il quadro di peliosi reumatoide, con mancanza assoluta di ittero (Siccardi e Bompiani).

In quanto alle lesioni anatomiche del fegato della cavia, senza discutere i rapporti di esse con la patogenesi dell'ittero, abbiamo osservato che nell'infezione sperimentale attenuata le lesioni istologiche del fegato consistevano più che altro in un processo di periangiocolite, con reperto abbondante di spirochete, specialmente distribuite nell'infiltrato leucocitario; nell'infezione ottenuta invece con culture virulente,



Spirochetosi ittero-emorragica sperimentale nella cavia. Alterazione dei vasi del fegato, con usura della parete vasale e conseguente stravaso sanguigno con formazione di un piccolo aneurisma falso. (Ingr. 600).

le lesioni erano sopratutto a carico dei vasi epatici (v. microfotografia), accompagnate da emorragie inter- e intralobulari, con reperto di spirochete senza speciale legge di distribuzione.

*
* *

I miei più vivi ringraziamenti all'Illustre prof. A. Zeri, per i consigli prodigatmi nella compilazione della presente nota.

BIBLIOGRAFIA.

P. D. SICCARDI. *Sindromi emorragiche ad insorgenza epidemica tra le truppe operanti.* Gazzetta degli Osp. e delle Cliniche, 1916, n. 102.
P. D. SICCARDI e G. BOMPIANI. *Spirochetosi ittero-emorragica con sindrome di peliosi reumatoide a recrudescenze febbrili.* Annali d'Igiene, 1917.
S. MARTIN e A. PETTIT. *Spirochétose ictérohémorragique.* Masson, Paris, 1919.
V. VANNI. *Sulla spirochetosi ittero-emorragica.* Policlinico, Sez. Pratica, 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Epilessia di Bratz, criminalità ed istero-epilessia

pel dott. ETTORE PATINI
libero docente di Psicologia, Neuropatologia e Psichiatria.

(*Continuazione e fine: vedi fasc. 7*).

Sotto l'aspetto psichiatrico quel che subito offre risalto è la lunga carriera criminale del soggetto. Ch'egli sia un delinquente nessuno mai, o uomo di scienza o di buon senso, oserà mettere in dubbio. Piuttosto ci si può domandare: A quale specie di criminalità appartengono i reati che egli ha commesso? Che tipo di delinquente egli è? È un delinquente nato? È un delinquente di abitudine? È un delinquente pazzo? E, poichè ha sofferto di accessi convulsivi, è la sua criminalità un epifenomeno di epilessia?

Chi guardi il suo certificato penale veramente rimane sorpreso delle ventotto e più condanne ch'egli ha già riportate. Sono quasi tutte imputazioni di furto, ad eccezione di due di insubordinazione durante il servizio militare e di altre per trasgressione alla vigilanza e per inosservanza di pena. Si direbbe che lo impulso a rubare sia in lui innato. E l'idea di una delinquenza congenita trova appoggio nelle anomalie antropologiche numerose: plagiocefalia distanza fra le estremità delle braccia aperte maggiore della statura, palato ogivale, orecchio spianato con lobulo sessile, dita del piede a martello, ristrettezza ed irregolarità del campo visivo, disestesie varie, dissimmetrie di senso e di moto, ecc. che fanno testimonianza di una struttura organica deviata dalla linea normale, onde anche la tendenza a delinquere dovrebbe apparire come una fatale conseguenza della mal riuscita organizzazione biologica dell'individuo. Anche gli accessi convulsivi che, come ora vedremo, non possono interpretarsi come espressione di malattie acquisite, avrebbero l'istesso significato; e tutti questi elementi insieme: criminalità, anomalie antroptologiche e convulsioni, sarebbero modi di palesarsi di una costituzione organica anormale degenerativa. Senonchè, se riflettiamo che il soggetto non mostra cinismo nè compiacimento dei propri reati e che molte sono state le circostanze esteriori, mentovate nell'esame psichico, che han dato quasi la stura ai suoi impulsi criminali, si resta perplessi nel dover giudicare se la sua sia una criminalità innata, traente origine dalla sua stessa struttura organica e quindi insuscettibile di mutamento o piuttosto una criminalità di abitudine capace di modificarsi in virtù di benefiche influenze sociali. È certo impossibile porre fra le due forme di criminalità un netto limite di distinzione: nel caso in esame avranno agito probabilmente l'uno e l'altro gruppo di fattori ed è difficile dire a quale di essi sia toccato il predominio.

Io non sarei incline a riconoscere nel Ga. la vera immoralità costituzionale, appunto per tutte quelle circostanze d'ambiente sociale che egli stesso adduce nel giustificare il suo frequente ricadere nel reato. Mi sembra un caso misto, in cui su di un fondo di fiacchezza morale congenita che costituisce una predisposizione a delinquere siasi innestata poi la azione induttrice, la vera spinta al crimine, esercitata dall'ambiente.

Comunque sia di ciò, passo ad esaminare il fenomeno più importante; quello la cui conoscenza deve aprirci il varco a rintracciare i veri caratteri della mentalità del soggetto: l'accesso convulsivo. Lo si è giudicato da medici militari di natura epilettica. È qui il caso di vedere se l'anamnesi possa fornire qualche lume. Quella famigliare ha fatto rilevare ereditarietà tubercolare: avo materno dedito all'alcool, morto di emorragia cerebrale; padre luetico ed alcoolista; un cugino folle. Quella individuale accenna alla possibilità che il Ga. abbia nella prima infanzia sofferto eclampsia. Ma non è certo. Dunque, se ne deduce una forte ereditarietà neuro-psicopatica aggravata dalla tara tubercolare, ma niente di speciale.

Tornando ora agli accessi convulsivi, di qual natura essi sono? Procediamo per esclusione. Non essendosi mai notati altri sintomi che avrebbero potuto far pensare a lesioni generali o parziali, acute o croniche, del nevrasse e dei suoi involucri o dei nervi periferici, dobbiamo rigettare la possibilità che tali accessi

siano stati sintomatici di affezione del sistema nervoso a base anatomica. Del pari, essendo mancate altre manifestazioni riferibili a stati tossici od infettivi che avessero dato localizzazioni nel sistema nervoso, dobbiamo negare che essi siano stati esponenti di determinate intossicazioni od infezioni dell'organismo. Escluse così le epilessie sintomatiche, vediamo se sia da chiamare in campo l'epilessia essenziale.

Gli accessi del Ga. sono stati poco numerosi e ordinariamente si sono svolti così: egli da ritto improvvisamente si accoccolava, poi incominciava a muovere convulsivamente il capo e gli arti e così scivolava a terra; vi rimaneva immobile, incosciente, con la bocca chiusa spasmodicamente, respiro stertoroso, pupille leggermente midriatiche, analgesia, assenza di riflesso corneo-congiuntivale; poi si riprendeva lentamente, ma rimaneva ottuso per un certo tempo, con senso di oppressione e cefalea ed era amnesico dell'accaduto. Ora in essi attacchi sono riconoscibili bensì dei caratteri che fanno pensare a natura epilettica, ma non ad epilessia tipica. Manca la caduta istantanea per lo più in una stessa direzione ed in cui suol battere in terra sempre una data parte del corpo che si ferisce e si contunde. Non vi è emissione di bava, nè di urine nè di sperma, ecc. Comprendo benissimo che vi siano accessi epilettici non tipici e pur sempre epilettici. E tali potrebbero essere quelli del Ga. Aggiungo, a maggior sostegno di questa possibilità, il contegno dei fenomeni durante un periodo di accessi motorii e psichici che il Ga. presentò, mentre era soldato, in Caprera, registrati nei suoi documenti militari e che formano un insieme, dal punto di vista del nosografismo epilettico, abbastanza omogeneo. Egli era stato già colto da un accesso motorio, che restò isolato, circa una settimana prima del 31 luglio 1916. In questo giorno, dopo aver bevuto del vino, venne per ragioni di giuoco a contesa con un altro soldato con cui scambiò dei pugni. Sedata la zuffa, un caporal maggiore lo invitò a seguirlo al corpo di guardia della vicina caserma. Ed egli obbedì, ma giunto in prossimità del corpo di guardia, improvvisamente aggredì il caporal maggiore, senza che questi gli avesse rivolto una parola; subito dopo colpito da un accesso motorio, cadde al suolo e si ferì al capo; onde fu trasportato all'ospedale militare del luogo, in cui rimase ricoverato e mostrò per più giorni agitazione con incoscienza ed ebbe altre crisi.

Di tutto questo periodo rimane ora un'amnesia presso a poco globale. La ricostruzione che legittimamente può farsene è la seguente: Il Ga. era già in periodo di convulsibilità, come è dimostrato dall'accesso che precedette di alcuni giorni la grande scena morbosa scoppiata il 31 luglio 1916. Questa ebbe come causa determinante il trauma emotivo: (contesa del Ga. con un altro soldato) e come occasione agevolatrice l'eccitamento alcoolico, poichè il Ga. aveva bevuto del vino. L'aggressione improvvisa ed immotivata al caporal maggiore immediatamente prima dell'accesso motorio volgare deve interpretarsi come esponente di uno stato di pazzia preconvulsiva e l'agitazione dopo l'accesso attesta uno stato di pazzia post-convulsiva. Seguì verosimilmente un periodo morboso in cui gli intervalli fra gli accessi motori erano rimpiazzati da equivalenti psichici o stati di coscienza crepuscolare: l'amnesia per lo più completa, sia degli accessi motorii sia degli stati di pazzia pre- e post-convulsiva e di ogni altro equivalente psichico è la regola.

Questo è contegno molto comune della successione di disturbi motorii e psichici nell'epilessia; e parrebbe proprio adattarsi al caso del Ga. Dunque conviene ammettere che i suoi accessi siano di natura epilettica? Malgrado siffatte considerazioni, no. Certamente, se ci si accontenta di una diagnosi grossolana e di approssimazione, si potrebbe senz'altro stabilire quella di epilessia. Ma, ad andare un po' più pel sottile, come ho messo in evidenza quei caratteri degli accessi e del loro succedersi ed intrecciarsi, che guidano alla diagnosi di epilessia, debbo anche fare altrettanto per quelle note in base alle quali si può pensare che altra ne sia la natura. Già ho detto che, per inquadrare gli accessi del Ga. nella epilessia, se ne deve ammettere l'atipicità. La loro durata piuttosto lunga (circa una mezza ora), il loro iniziarsi in modo da permettere al soggetto di evitar la caduta, fan venire in mente il dubbio che possa esserci di mezzo l'isterismo. Tale dubbio si fa più insistente, se riflettiamo ad altre note del nostro soggetto, per esempio a quella di abbandonarsi ad accessi di rabbia nei quali tagliuzza minutamente la cute dei suoi arti. Può essere questa una manifestazione di carattere epilettico? Non lo si potrebbe, a rigor di termini, negare. Ma, se consideriamo che in una siffatta manifestazione v'è una messa in iscena che ha del terribile, del distruttivo, mentre poi il danno reale si riduce a poco, che v'è una grande sproporzione fra l'atto e il suo effetto, non possiamo non rilevare che si asconde in essa un bisogno, certo subcosciente, di impressionare, di interessare, di richiama-

re l'attenzione, un certo che di teatrale che è, insomma, ben diverso dall'ictus clastico dell'epilettico, il quale, quando scoppia, si abbatte ciecamente e brutalmente sovra gli altri o sul soggetto medesimo. Qui vi è più dell'isterico. E allora farò diagnosi di isteria? Nemmeno. Poichè negli accessi e nelle altre manifestazioni della personalità psicosomatica del Ga. riscontriamo note epilettiche ed isteriche unite a criminalità, bisogna cercare qualche forma morbosa che in unico quadro tutte quelle note comprenda. E ve n'è una infatti: l'epilessia di Bratz. Eccone la sintomatologia nei tratti salienti: stigmate degenerative ed anomalie più o meno accentuate della personalità, scarso potere di attenzione, scolarità inferiore, oscillazioni d'umore, instabilità ed in certo grado anche amoralità (coloro che ne soffrono sono spesso vagabondi, bugiardi, impulsivi, indisciplinati specie durante il servizio militare, violenti, ladri): notevole intolleranza per l'alcool, tendenza a disturbi vasomotori (impallidimenti e arrossimenti facilissimi); disestesie; accessi più o meno frequenti (a volte due o tre nella vita) rassomiglianti a quelli epilettici; mai piccoli accessi o vertigini o perdita di urina; a volte disturbi di memoria fino all'amnesia; crisi sempre determinate da fattori psichici.

Orbene nel Ga. c'è proprio tutto questo insieme di note: stigmate degenerative, scarso potere di attenzione e pronto affaticamento psichico rivelato dalle prove delle addizioni, dalla cancellatura di determinate lettere in un brano e dall'integrazione di parole, facile emozionabilità, specialmente quando gli si parla dei processi giudiziari a suo carico, fiacchezza del sentimento morale, per cui ha già commesso numerosi reati di furto; indisciplinatezza sotto le armi e altrove, intolleranza per l'alcool (infatti i gravi accessi ch'egli ebbe a Caprera si svilupparono dopo aver bevuto del vino), facilità di disturbi vasomotori per stimoli emotivi, poca frequenza degli accessi, loro rassomiglianza con quelli epilettici, ma senza caduta per lo più, senza perdita di urina, senza vertigini ecc., loro insorgenza per lo più in seguito ad emozioni (ad esempio a Caprera aveva avuto pochi minuti prima una contesa con un altro soldato; a Roma prima di un accesso gli si era annunziato l'invio al carcere Ostiense); disturbi di memoria sotto forma di estesa amnesia, ecc.

Sono così dunque pervenuto alla diagnosi che credo meglio si addica alla forma morbosa di cui è affetto il Ga., cioè alla così detta epilessia affettiva di Bratz.

Ed ora alcune riflessioni.

Che valore devesi attribuire a questa forma morbosa?

Secondo me, — ed anche altri pensano così — non la si può ritenere una entità clinica distinta, ma appena un particolare quadro sintomatologico. So bene quanto è spinosa la questione della natura e dell'etiopatogenesi di quelle forme che rassomigliano all'epilessia senza che si possa affermare se siano tutt'uno con essa. Non voglio complicare il problema e mi arresto ad esaminare soltanto il loro modo di apparire all'esterno, il loro nosografismo. Orbene essa non mi pare altro che un aggruppamento di sintomi e vorrei aggiungere anche provvisorio. Altrettanto credo della forma psicastenica di Oppenheim e della narcolessia di Gélineaud-Friedmann, nonchè delle loro sfumature intermedie: insomma di tutte le forme che A. Morselli vorrebbe riunire in un gruppo da intitolarsi «psicolessia». Sono categorie nosografiche di comodo, che rendono un grande servizio alla psichiatria, perchè nell'attuale incertezza sull'argomento, permettono di isolare alcuni casi morbosi che altrimenti andrebbero confusi nei quadri generali, rimanendo inosservate quelle note che ne li distaccano. Ma tali aggruppamenti risentono tuttora dei risultati della pratica e della veduta individuale di questo o quell'alienista, capace di costruire caselle psichiatriche; e non hanno per conseguenza limiti ben precisabili. La sindrome da me osservata, ad es., mentre nel grande complesso dei suoi fenomeni corrisponde alla forma di Bratz, per l'attacco di sonno da cui fu colpito il Ga. mentre era soldato in Libia, in seguito allo spavento per essere inciampato di notte nel cadavere di un arabo, partecipa in qualche modo della narcolessia. Potrei quasi parlare di una forma mista Bratz-Gélineaud-Friedmann.

Anche la epilessia psicastenica non mostra sempre la distribuzione di sintomi che ci è stata descritta da Oppenheim. Accenno di sfuggita al caso, di mia conoscenza, di una signora che in un primo periodo durato vari anni soffrì di frequenti accessi simili a quelli epilettici genuini; questi poi forse in seguito all'uso del luminal, scomparvero e subentrò un altro periodo che anche dura da anni, in cui tutto il quadro è formato da disturbi vasomotori e da fobie. Evidentemente chi avesse osservato il solo primo periodo, avrebbe potuto far diagnosi di epilessa, ma non di psicastenia: chi osservasse soltanto il secondo, ignorando il primo, potrebbe parlar solo di psicastenia, ma non di epilessia. Ecco un'altra varietà. Anche senza tener conto che in questo caso gli accessi convulsivi nel periodo in cui

dominarono da soli la scena furono molto frequenti, laddove nella sindrome descritta da Oppenheim le crisi sogliono esser rare e talora persino una o due appena in tutta la vita, qui l'unità della forma si ricostruisce solo connettendo i due periodi, dei quali ciascuno, isolatamente preso, obbligherebbe ad un'altra diagnosi.

Insisto dunque nell'asserire che la forma di Bratz e quelle di Oppenheim e di Gélineaud-Friedmann sono semplici quadri nosografici a contorni indefinibili e non entità nosologiche; e che altre varietà ancora si potrebbero descrivere di tali forme, moltiplicando le caselle delle sindromi e sottosindromi che nello stato attuale son di comodo all'alienista.

E passo rapidamente ad accennare al problema di un possibile intervento dell'isterismo nell'allestire degli scenari patologici sotto un certo aspetto così peregrini. Certo nel Ga. non si può negare che l'accesso di rabbia esplicantesi col minuto e superficiale tagliuzzamento della cute degli arti ha del teatrale e quindi dell'isteriforme, se non proprio dell'isterico. Nè son da trascurare la durata piuttosto lunga di alcuni degli attacchi convulsivi ch'egli ha presentato, il trovar modo per lo più di non cadere per terra al loro iniziarsi ed altre note che son più dell'accesso isterico. Per altri caratteri poi i suoi attacchi rassomigliano di più a quelli epilettici. Ed allora questa sindrome che cosa è mai se non un esponente di isteroepilessia, intesa come connubio delle due nevrosi sul letto della degenerazione ereditaria? Ecco una questione annosa, e che potrebbe dirsi anche elegante della psichiatria, la quale attende ancora la sua risoluzione. Quando si danno dei casi di accessi convulsivi atipici, con caratteri di epilessia e di isterismo, lo psichiatra trovasi nella necessità, almeno teoretica, di determinarne la vera fisonomia clinica. V'è chi ammette la esistenza di una forma intermedia fra isteria ed epilessia, con compenetrazione delle due relative sintomatologie, con crisi miste o crisi combinate. Senonchè è molto più numerosa la schiera di coloro che ammettono la coesistenza delle due forme in uno stesso soggetto, ma a crisi distinte o separate (Landouzy): in generale precederebbe l'epilessia in soggetti giovani e poi nell'epoca della pubertà si svilupperebbe l'isterismo. Altri invece ritiene, seguendo Charcot, che la forma mista è essenzialmente un'isteria; secondo Babinski un soggetto isterico può imitare e simulare l'epilessia: l'istero-epilessia a crisi combinate sarebbe sempre isterismo. Non pertanto — altri ribatte — si dà anche il caso di un accesso epilettico che si prolunga in una fase di eccitazione funzionale imitando i caratteri dell'isterismo, ma è genuina epilessia (Marchand riespone tali vedute in *La Presse Médicale*, n. 64, 1920 - Epilepsie et Hystérie). Il problema è intricatissimo, non essendo ancora ben definita la posizione nosologica degli stati morbosi che sembrano partecipare dell'una o dell'altra affezione.

Tuttavia io inclino ad ammettere in alcuni casi la coesistenza delle due forme morbose nell'istesso soggetto ed in uno stesso suo momento patologico.

La necessità che le crisi siano distinte e separate, proclamata da qualche autore, mi sembra derivare da un preconcetto teorico. Comprendo che ad alcuni osservatori sarà toccato di vedere sempre crisi bene individuate o nella forma isterica o in quella epilettica; ma questo non autorizza a sancire un principio fisso ed universale, dato che ad altri sia occorso di rilevare il contrario. Sotto il riguardo dell'associarsi il contegno degli stati morbosi è vario; sappiamo che per alcuni di essi la presenza dell'una esclude in un soggetto quella dell'altro nello stesso momento; ma sappiamo pure che ve ne sono altri — e sono moltissimi — dei quali uno stesso soggetto può essere affetto contemporaneamente. Dunque, su questo punto, niente monismo patologico a priori. Bisogna decidere in conformità dei risultati della esperienza. E qui la clinica è sovrana. Or quando l'osservazione clinica rende palese in una stessa crisi la presenza dei caratteri epilettici ed isterici, non so perchè, in mancanza di altre ragioni discriminanti, non si debba inferirne l'associazione contemporanea dell'isterismo e dell'epilessia. Seguo in ciò il criterio del Saporito che ammette le crisi combinate. D'altra parte, per quanto possano essere diverse le due neurosi in parola, è certo che per manifestarsi in forma motoria convulsiva, debbono almeno coincidere in un fattore che possiamo dire di spasmofilia e che permette sia il fissarsi in forma tonica sia il ripetersi in forma clonica di certi movimenti. E allora qual meraviglia che le due neurosi, coesistendo, possano utilizzare in uno stesso tempo questo fattore, intrecciando i loro modi di azione?

Stando dunque a quel che clinicamente si è rivelato nel soggetto di mia osservazione, son portato a pensare che la forma di Bratz, almeno in questo caso, non sia un modo di estrinsecarsi della sola degenerazione intesa nel senso classico di Magnan, nè del solo isterismo, come vorrebbero Friedmann, Heilbronner ed altri, nè di una particolare epilessia, come direbbe Kraepelin, non volgente a demenza, ma stazionaria e degenerativa, bensì la

risultante dell'associazione di epilessia ed isterismo cui si aggiungerebbe, in vario grado, il difetto di sentimento morale. Il fondo degenerativo psichico comune alle due neurosi ed alla criminalità farebbe da letto e da sostanza connettiva per l'unione e la compenetrazione dei suddetti fattori che debbono considerarsi come costituenti la grande triade della forma di Bratz. Col giudizio ora enunciato io vengo, al di fuori di quanto concerne la forma di Bratz, e rispetto alla speciale questione dei rapporti fra l'isterismo e l'epilessia, a prendere posto tra i fautori dell'esistenza di una forma mista determinata dal combinarsi delle due nevrosi.

Voglio inoltre ricordare la caratteristica emozionabilità del Ga. legata alle prontissime reazioni del suo apparato vasomotore. Ho menzionato il suo facile dermografismo e i subitanei arrossamenti e impallidimenti del suo volto, determinati da cause emotive. Una piccola contrarietà basta a provocare in lui una accentuata reazione vasomotoria che è indice di una scossa emotiva. Non posso anzi lasciar passare senza rilievo la grande influenza che siffatte reazioni vasali debbono avere sul determinismo degli stati psichici del soggetto. È verisimile, è anzi necessariamente da ammettersi che le improvvise reazioni vasali, come si avverano nell'ambito della cute, dove agevolmente le riscontriamo, abbiansi ad avverare anche negli organi interni, anche nel cervello, modificando rapidamente il sostrato fisiologico della vita mentale. Alcuni neuropatologi veggono in queste rapide ed intense variazioni dell'innervazione vasomotoria e nei conseguenti disturbi circolatorii degli organi interni il vero meccanismo patogenetico della insorgenza degli attacchi convulsivi. Io sarei propenso ad ammettere tal meccanismo nel mio soggetto. Certo la facilità e la subitaneità, in seguito a stimoli emotivi, delle variazioni dell'innervazione vasomotoria in lui, avverandosi o almeno ripercotendosi con improvvise turbe circolatorie anche nel suo cervello, sono la vera ragione organica delle sue reazioni impulsive, verbali o d'altro genere, incoercibili, pronte ad esplodere al primo destarsi di un sentimento anche rudimentale di contrarietà.

Egli ricorda per filo e per segno alcune scene durante le quali ha più volte pronunziato oltraggi contro varie persone. Per averle così chiaramente fissate nella memoria, dovette esserne ben consapevole al momento in cui ne era protagonista. Egli aveva in quelle circostanze certamente la coscienza della sua situazione. Nondimeno qualcosa pur si sottraeva alla sua consapevolezza ed era, in gran parte, la visione interiore dei contromotivi che avrebbero dovuto far contrasto al primo impulso reattivo. La forte tensione emotiva, inducendo col rapido disquilibrio circolatorio, un subitaneo mutamento di registro nella sua attività cerebrale, influiva anche su quella psichica, determinando un offuscamento, un oscuramento di un dato settore, per così dire, del campo visivo interno; proprio di quello costituito dai contromotivi sopraccennati: onde ne risultava impedito il processo della ponderazione volitiva e tutta la condotta rimaneva in balia dell'idea iniziale sorta subito dopo l'emozione sgradevole; idea che si risolveva senza contrasti nel rispettivo impulso ad agire. Questo mi sembra il meccanismo genetico probabile delle sue reazioni impulsive così verbali come di altro genere.

Un ultimo rilievo verte sui rapporti tra epilessia di Bratz, e criminalità. Quest'ultima è indicata come costante in tale forma morbosa. Ed il caso di mia osservazione ne dà piena conferma. È detto inoltre che siffatta criminalità esplode più facilmente durante il servizio militare il quale suol favorire anche l'insorgenza delle crisi; anche questo è confermato dalla fenomenologia presentata dal Ga. Veramente a tal proposito si apre la questione dei rapporti tra vita militare ed epilessia, posta ed esaurientemente trattata dal Saporito nel suo libro « Sulla delinquenza e sulla pazzia dei militari » (Napoli - Stabilimento Tipografico Pesole, 1903). Egli anzi ha ammesso proprio una epilessia militare (pag. 55 e seguenti di detta opera). E vien fatto ora di pensare che la forma di Bratz possa assumere quella veste appunto. Nonpertanto una differenza fra vera epilessia militare e forma di Bratz militare dovrebbe presumibilmente esistere, se è vero quel che nota Kraepelin: che cioè nella forma di Bratz i soggetti, benchè immorali, impulsivi, criminali o criminaloidi, pure non commettono mai quei terribili delitti che son tipici dei veri epilettici, come nei casi di misdeismo. Infatti il Ga. ha esplicato la sua delinquenza finora quasi esclusivamente col furto e solo qualche volta con atti violenti contro le persone; giammai poi con arma premeditatamente posseduta pel reato.

Ciò rende, fino a un certo punto, allo psichiatra che debba per avventura giudicare della restituzione di uno di tali soggetti in grembo alla società, meno grave la responsabilità della decisione nel difficile compito che gli incombe di contemperare la difesa sociale con la tutela della libertà individuale.

CONCLUSIONI PRINCIPALI.

1. La epilessia di Bratz, nonchè la epilessia psicastenica di Oppenheim e la narcolessia di Gélineaud-Friedmann sono semplici quadri nosografici a contorni indelimitabili e non entità nosologiche. Si potrebbero descrivere altre varietà di tali forme, moltiplicando le loro sindromi e sottosindromi.

2. Le turbe vasomotorie cerebrali possono in individui affetti da tale forma morbosa invocarsi per dar ragione delle loro reazioni impulsive ed anche dei loro disturbi accessuali.

3. Nel caso osservato l'epilessia di Bratz è la risultante dell'associazione di epilessia, isterismo e criminalità.

4. Il fondo degenerativo psichico fa da letto e da sostanza cementante per la fusione dei tre suddetti fattori che debbono considerarsi come costituenti la grande triade della forma di Bratz.

NOTE E CONTRIBUTI.

Un nuovo trattamento del vomito incoercibile in gravidanza.

Dott. PIETRINO CASTAGNA.

Fra le varie manifestazioni che avvengono nella donna in stato di gravidanza, quali il malessere, la maggiore irritabilità dei nervi sensoriali, con prevalenza di idiosincrasie, o voglie smodate da parte del gusto o dell'olfatto, le nevralgie delle più svariate vie periferiche (odontalgie, cefalalgie), gli abnormi riflessi nel territorio del simpatico addominale, del vagó e degli splacnici, causanti accessi asmatici e vomiti mattutini; questi ultimi rappresentano senza dubbio una manifestazione morbosa di grave entità.

Essi, che incominciano per lo più con moderata incontinenza gastrica, in seguito, e spesso per gradi, giungono ed acquistano l'intensità di vomiti incoercibili (Hyperemesys gravidarum), per cui non solo viene rifiutato il minimo nutrimento, ma, anche a stomaco vuoto, si hanno continue emissioni e rigurgiti di sostanze mucose e biliari. E poichè, al vomito, spesso, si accompagnano dolori all'epigastrio, e sete ardente, la lingua si fa asciutta, arida, gli atti respiratori si compiono con dolore, l'orina è scarsa ed albuminosa, spesso con tenesmo vescicale; lo stato generale deperisce, le forze ed il peso scemano rapidamente e la donna è talmente estenuata che può anche venire a morte.

Data, perciò, questa sindrome di fenomeni imponenti, il poter domare il vomito incoercibile delle gravide, è stato ed è problema di grandissima importanza per il medico pratico.

I più diversi mezzi medicamentosi sono stati escogitati, all'uopo in ogni tempo e tutti hanno servito in qualche caso e fallito completamente negli altri.

Lo stesso dicasi degli interventi terapeutici sui genitali: il raddrizzamento di un utero retroflesso, la dilatazione cervicale digitale, le causticazioni della mucosa cervicale.

E quando tutti questi mezzi falliscono, resta come ultima ratio l'interruzione della gravidanza la cui efficacia è sicura ed immediata.

Dei vari medicamenti usati, oltre l'ossalato di cerio, l'oressina basica, il mentolo, la morfina, le lavature gastriche, la galvanizzazione dei vaghi, il cloralio, alcuni autori hanno proposto dei metodi propri, come le iniezioni endovenose di urotropina, quelle endomuscolari di estratto di corpo luteo, di siero ricavato dal sangue del cordone ombelicale, o l'autoemoterapia, o la somministrazione per bocca di adrenalina o di cloridrato di pilocarpina; ma pur avendo tutti questi mezzi medicamentosi dato qualche buon risultato in mano degli sperimentatori che li hanno escogitati, non hanno avuto però una ulteriore conferma della loro efficacia.

Ond'è che si va ancora alla ricerca di un sicuro rimedio a questo grave male.

Io sono lieto riferire, in questa breve nota, sul risultato, in vero molto felice, da me ottenuto trattando il vomito incoercibile con un nuovo farmaco: il cloruro di calcio che io ho usato per via endovenosa, in soluzione molto concentrata, al 35 %.

Le iniezioni da me praticate furono della dose di 2 cmc. ognuna.

In un giorno arrivai ad iniettarne 4-5 cmc.

I risultati furono ottimi. La guarigione si è avuta o alla terza o alla seconda o alla prima iniezione.

Il liquido da iniettare dev'essere ben spinto nella vena, appunto per non dare luogo ad escare nel tessuto perivasale.

La tecnica da me usata, onde ovviare a questo inconveniente, fu questa:

Prima di infliggere l'ago dentro la vena (avambraccio) mi sono assicurato mediante aspirazione, che questo non conteneva traccie di liquido e fatta la iniezione, ho aspirato a più riprese nella siringa un po' di sangue e l'ho iniettato nella vena onde lavare in qualche modo le pareti dell'ago ed impedire che, col ritirare l'ago dalla vena, non lasciassi nel tragitto qualche minima quantità del liquido caustico.

In questo modo ho evitato ogni accidente locale, come la formazione delle escare nel tessuto paravasale e quel lieve eritema che del resto cede però rapidamente con la applicazione di impacchi umidi.

Ecco intanto i singoli casi da me trattati:

CASO I. — Beatrice M., di anni 18; primipara. Incinta da 4 mesi, da quasi due soffre di vomiti incoercibili, che si verificano specialmente dopo la ingestione di cibo, anche di modica quantità. I vomiti sono spesso di carattere bilioso. La paziente è pure affetta da forte scialorrea, stitichezza, nausee e dolori al basso ventre.

Dopo aver provato, ma inutilmente, varii medicamenti, fra cui bagni, ghiaccio, purganti, mentolo, ossalato di cerio (gr. 0.3) iniziai la prima iniezione di 2 cmc. di soluzione al 30 %, di cloruro di calcio, che ho ripetuto dieci ore dopo. L'effetto benefico cominciò a manifestarsi producendo una notevolissima diminuzione dei vomiti, che cessarono completamente e definitivamente dopo la terza iniezione, sì che la donna potè compiere il periodo della gravidanza in modo fisiologico.

CASO II. — Clelia V., di anni 27; primipara. Donna molto anemica, debole, incinta di cinque mesi, cominciò a soffrire fin dai primi giorni della gravidanza di nausee, inappetenza, frequente stimolo ad orinare, e vomiti, specialmente al mattino nello alzarsi da letto.

Da circa quaranta giorni i vomiti diventarono violenti, indomabili, per cercare di calmare i quali, ricorse alla morfina, al pantopon, alle borse di ghiaccio sull'addome, alla adrenalina per bocca, alla oressina basica, senza però ricavare un resultato confortante.

Venuta alla mia osservazione le praticai quattro iniezioni (due al giorno: una la mattina ed una la sera) della soluzione al 35 % di cloruro di calcio, dopo le quali la paziente vide cessare quasi di un tratto i vomiti che l'avevano stremata di forze, e riprese a mangiare con appetito ed alla fine della gravidanza mise alla luce un feto vivo e sano.

CASO III. — Anna P., di anni 32, terzipara. Donna di robusta costituzione scheletrica, con due figli, uno di 10 e l'altro di 4 anni, sani. Incinta da cinque mesi, durante i quali ha sempre sofferto di nausee, scialorrea, incontinenza di urina, vomiti; disturbi, questi, che si verificarono parimenti nelle due pregresse gravidanze. In questa ultima, però, i vomiti presero un andamento quotidiano ed in seguito il carattere violento, incoercibile. Molti e vari furono i rimedi medicamentosi a cui ricorse la paziente per mitigare, almeno, il suo stato allarmante, senza alcun risultato. Adoperò il bromuro, il cloralio, la morfina, i purganti, le pillole di ossalato di cerio.

Venuta al mio ambulatorio la persuasi a permettermi di farle le iniezioni endovenose della soluzione di cloruro di calcio.

Dopo la prima iniezione i vomiti cessarono e non si ripeterono più. La donna che si sottopose con incredulità e sfiducia al trattamento da me proposto, ne fu oltremodo lieta e con rinnovata vigoria giunse al termine fisiologico della gravidanza.

CASO IV. — Giulia N., di anni 20, primipara. Al secondo mese di gravidanza i vomiti, ai quali andava soggetta, tanto a stomaco pieno come a digiuno, divennero incoercibili, rendendola debole, priva di forze, tanto che più volte fu necessario praticarle delle iniezioni eccitanti e dei cardiocinetici.

Avvertito, dal marito di lei, di queste condizioni, mi recai a casa sua e le proposi la cura con le iniezioni di cloruro di calcio, a cui ben volentieri aderì. Il giorno stesso le praticai la prima iniezione, seguita l'indomani mattina da una seconda.

I vomiti cessarono del tutto e la donna continuò la gravidanza in modo normale.

CASO V. — Giovanna T., di anni 29, primipara. Donna con pannicolo adiposo scarso, temperamento isterico. Da bambina soffrì di tifo addominale con complicazioni cardiache. Sposò a 17 anni. Il secondo anno di matrimonio divenne incinta, e nel terzo mese di gravidanza abortì in seguito a forte spavento. Attualmente è in IV mese di stato gravidico. Presenta alle gambe notevoli gonfiori varicosi e riferisce che fin dal principio della gravidanza soffre di salivazione intensa, nausee, stitichezza ostinata, tanto che per liberare l'alvo è necessario ricorrere a clisteri ed a purganti. Ha inoltre crampi e dolori diffusi allo stomaco ed all'epigastrio, vomiti intermittenti. Da oltre quindici giorni, però, i vomiti si sono fatti molto frequenti ed invincibili e si verificano anche non appena la donna sente il solo odore dei cibi.

Data la impossibilità di nutrirsi per os, le si praticano dei clisteri nutritivi di brodo e di carne e tuorli di uovo.

Chiamato al suo letto le consigliai le iniezioni di cloruro di calcio nella soluzione indicata. Dopo la prima iniezione i vomiti divennero radi, la paziente potè cominciare a mangiare senza verificarsi alcun vomito, e solo l'indomani mattina, a digiuno, ebbe un vomito biliare modico.

Le praticai una seconda iniezione, dopo la quale ebbi ragione completamente dei vomiti che cessarono del tutto.

La paziente continua la sua gravidanza in modo normale.

Questi i casi da me osservati e trattati.

Dal felice risultato ottenuto, sono incoraggiato a proporre ai colleghi un tale metodo di cura perchè lo provino prima di ricorrere e di procedere a metodi assai violenti, come quello della interruzione della gravidanza.

Anticoli (Roma), 1923.

BIBLIOGRAFIA.

AHFELD. Zentralb. f. Gyn., 1891.
BOISSARD. Journal des Pratic., n. 39, 1906.
BREHN. Arch. f. Gyn., Bd. 69, 1903.
CALDERINI. Gazzetta Medica di Torino, 1892.
CARLTON OLDFIELD. British Med. Journal, 20 maggio 1922.
CARUSO. Archivio di Ostetricia e Ginecologia, 1894.
ID. Archivio di Ostetricia e Ginecologia, 1900.
CHEINISSE C. Presse Médicale, H. 31, 1921.

CLIVIO J. Atti Soc. Ital. Ostet. e Ginec., 1901.
DIRMOSER. Vomitus gravid. perniciosus. Wien. u. Leipzig, Braumuller 1901.
FAVREAU. Soc. de Méd. de Bordeaux, Paris Méd., H. 8, 1923.
KALTEMBACH. Zentralb. f. Gyn., 1891.
HARDING. The Lancet, 6, 13 agosto 1921.
HEUROTAY. Bruxelles Médical, 1° maggio 1922.
JAFFÉ. Ueber Hyperemesys gravid. Volkmann's Sammal. Klin. Vortr., Ar. 305.
LA TORRE. Soc. Lancisiana, 1893.
ID. Rend. Congr. Bordeaux, 1895.
LELONS. Paris Médical., H. 38, 1923.
LEVY-SOLAL. *Ibidem*, 1923.
LOSCHI A. Annali Ostetr. e Ginec., H. 4, 1923.
MIRANDA. Arch. Ostetr. e Ginecol., 1901.
PARISET. La Clinica Medica, H. 36, 1903.
POUGET. Bulletin de la Soc. d'Ost. e Gynec. de Paris, 1922.
PUGLIATTI. Morgagni, 1889.
SPADARO. Rassegna Ostetr. e Ginecol., 1903.
SUTUGIN. Hyperemesys gravid. Berlin 1883.
URRIOLA. Paris Médical, H. 24, 1923.
WALLICH V. Revue Française de Gynécol. et d'Ostétr. de Paris., H. A, 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Sul problema dell' unità o della dualità del processo tubercolare nel polmone tisico.

(J. ORTH. *Deutsche Medizinische Wochenschr.*).

L'Orth fa una breve storia della questione e ricorda come alla concezione di Laënnec che sosteneva la natura infiammatoria di tutte le alterazioni del polmone tisico e la loro completa unità morfologica ed etiologica si contrapponesse quella di Virchow, che divideva nettamente i processi infiammatori essudativi (polmonite caseosa) dai tubercoli, che considerava come neoformazioni linfatiche, morfologicamente ed etiologicamente diverse dalla prima. La scoperta del bacillo della tubercolosi ha risolto definitivamente il problema etiologico nel senso di Laënnec: ma dal punto di vista morfologico le ricerche più recenti tendono sempre più a stabilire la ragione dalla parte di Virchow: nel senso cioè di una fondamentale differenza fra i processi produttivi e quelli essudativi-pneumonici. Questo è stato talvolta riconosciuto anche dai patologi francesi, pure così restii a diminuire la gloria di Laënnec; Cornil (1888) infatti riconosceva che il bacillo di Koch è capace di determinare alterazioni tisiogene che non sono il tubercolo: pur negando subito dopo che questo fatto stesse a riabilitare il dualismo di Virchow; ed affermando completamente infondata la contrapposizione della granulazione grigia (tubercolo di Virchow) alla infiammazione tubercolare (polmonite caseosa di Virchow).

Recentemente nella *Presse médicale* del 22 settembre 1922, due autori francesi, Letulle et Besançon, hanno ripreso lo studio della questione, affermando che Laënnec commetteva un duplice errore, da un lato ritenendo che la granulazione di Bayle fosse un giovane tubercolo, dall'altra contrapponendo il suo « tubercule miliaire du poumon à la infiltration tuberculeuse », pur ritenendo ambedue alterazioni pneumoniche. Per più di mezzo secolo il tubercolo miliare di Laënnec, che è una alterazione decisamente pneumonica è stato a torto considerato la lesione prototipica della tubercolosi, e riunito alle vere granulazioni, lesioni follicolari, noduli infettivi, che si sviluppano ovunque a spese del connettivo vasale. Ma dopo la dimostrazione di Virchow, sempre secondo gli autori francesi, nessuna confusione è più possibile: la granulazione ed il tubercolo miliare di Laënnec sono due lesioni completamente differenti; la prima è un nodulo infiammatorio del tessuto connettivo, formato dalla riunione di un numero variabile di follicoli primitivi contenenti delle cellule giganti; il tubercolo miliare invece è un focolaio non follicolare di alveolite, o meglio di broncoalveolite bacillare, in altre parole un piccolo focolaio di broncopolmonite.

Quanto alla struttura di queste due lesioni i due autori francesi sono in pieno accordo con le descrizioni dell'Orth. La proliferazione granulomatosa si svolge sempre nell'impalcatura polmonare, al di fuori degli epitelii alveolari, l'essudato pneumonico invece, che contiene dei macrofagi e dei mononucleati, si raccoglie nell'interno degli alveoli, la parete elastica dei quali si mantiene, mentre nel granuloma il reticolo elastico scompare. Nell'essudato si trova della fibrina, che invece manca nei granulomi. Il granuloma provoca la scomparsa degli alveoli, l'epitelio dei quali diventa cubico (aspetto glandolare): d'altra parte per organizzazione dell'essudato si può avere una produzione di connettivo nell'interno degli alveoli.

Nel riassunto, i due autori francesi insistono ancora sul fatto che si tratta di due lesioni completamente differenti: mentre la granulazione rappresenta la reazione del connettivo vasale al bacillo tubercolare ed è una affezione follicolare, il tubercolo miliare è una bronchioalveolite bacillare non follicolare. Nella tisi polmonare la granulazione tubercolare non è la lesione principale, ma rappresenta

una formazione accessoria, che sembra però avere grande importanza per la sclerosi tubercolare del polmone. La bronchioalveolite bacillare invece costituisce il punto di partenza della tubercolosi cronica del polmone: spesso però i due processi collaborano alla distruzione dell'apparato respiratorio.

A questo punto l'Orth discute brevemente il problema della nomenclatura. Ritiene che non si debba adottare il nome di follicoli, già scartato, in seguito ad accordi internazionali, per i follicoli linfatici, che ora si dicono noduli linfatici, e che mal si adatta alla descrizione data dagli stessi autori francesi, con le cellule giganti ed epitelioidi. Gli sembra senza altro da respingere anche la nomenclatura del Laënnec, atta solo a generar confusione: come anche il designare i granulomi tubercolari come lesioni infiammatorie: che gli sembra altrettanto poco giustificato quanto il parlare di una hepatitis gommosa a proposito di gomme del fegato. L'Orth invece, considerando che l'attributo di tubercolare spetta indubitabilmente ad ambedue le lesioni: e che mentre all'una è unanimemente riconosciuto il carattere infiammatorio, con alcune particolarità morfologiche, per l'altra questo carattere è ancora in discussione, propone per le due lesioni i nomi di infiammazione tubercolare caseosa e di granuloma tubercolare. Quando questi granulomi compaiono in forma miliare o submiliare, si può chiamarli tubercoli: senza però dimenticare che vi sono pneumoniti miliari e submiliari, non distinguibili macroscopicamente dai granulomi miliari ed alle quali spetta del pari il nome di tubercolo, che verrebbe così ad indicare una entità puramente macroscopica, microscopicamente distinguibile in granulomi ed in broncopolmoniti miliari.

E. SERENI.

TERAPIA.

L'autovaccinoterapia.

(J. PARISOT e P. SIMONIN. *Revue de Médecine*).

L'osservazione che individui colpiti da una forma infettiva rimanevano per un tempo più o meno lungo difesi contro qualsiasi attacco della stessa infezione, suggerì, come è noto, la pratica della vaccinoterapia, allo scopo di provocare con un determinato virus una infezione sufficientemente attenuata per non danneggiare l'individuo, ma di intensità tale, da dar luogo allo sviluppo di un processo di difesa, ed alla comparsa di uno stato refrattario all'azione di dosi nocive dello stesso virus. Con tali direttive la vaccinazione fu dapprima esclusivamente preventiva, ma dopo le osservazioni di Pasteur, e specialmente di Wright essa venne impiegata anche a scopo curativo essendosi notato che l'iniezione di bacilli morti stimolava ed esaltava i processi di difesa dell'organismo malato. Si distinguono vaccini bacterici *monogenici* o *poligenici* secondo che sono costituiti da una o da più specie bacteriche. *Polivalenti* sono quei vaccini monogenici nella cui preparazione entrano varî stipiti della stessa specie. In base poi all'origine dei germi si distinguono gli *stock-vaccini* preparati con microbi di specie determinata conservati nei varî laboratori, dagli *auto-vaccini* allestiti con germi isolati dal malato stesso.

Gli auto-vaccini appaiono come quelli più efficaci nella produzione di anticorpi rigorosamente specifici ed infatti come tali vennero preconizzati da Wright. Se non che la incostanza di risultati, e d'altra parte la osservazione che effetti ugualmente favorevoli si potevano ottenere con gli stock-vaccini, e persino con vaccini preparati con germi qualsiasi senza tenere alcun conto della infezione da combattere, fecero perdere gran parte della primitiva fiducia riposta in essi.

Inoltre le osservazioni di Delbet, Beanuy e Girode facevano conoscere la presenza, in seguito alla iniezione di vaccini, di una reazione immediata avente i caratteri di una crisi particolare del gruppo delle clasie e avvicinabile ai fenomeni di choc studiati da Widal, Abrami, Brissaud. Studi successivi posero in evidenza come effettivamente le proteine bacteriche potessero determinare la comparsa di uno choc colloidoclasico, così come qualsiasi albumina eterogenea. Onde attualmente, nella terapia microbica, occorre distinguere due diversi ordini di processi curativi; l'uno basato sulla provocazione di uno choc colloidoclasico (proteinoterapia microbica), l'altro invece sulla comparsa di uno stato di immunizzazione attiva per elaborazione e produzione di anticorpi specifici (vaccinoterapia). Gli AA. sostengono che la vaccinoterapia possa dare veramente utili risultati se applicata con particolari accorgimenti di tecnica e seguendo attentamente ogni dato clinico; e in base alle osservazioni ed alla pratica personale affermano che specialmente utili sono gli autovaccini preparati secondo una esatta tecnica speciale.

Preparazione degli auto-vaccini. — La preparazione di un auto-vaccino richiede l'isolamento del germe dall'organismo, il che si ottiene nel maggior numero di casi seminando in brodo una sufficiente quantità di sangue, o in agar il pus estratto da un focolaio di

suppurazione o da un foruncolo. Dalla prima cultura così ottenuta con successivi passaggi si preparano patine su agar in scatole di Roux o di Erlenmeyer, dalle patine si ottiene l'emulsione madre, in soluzione fisiologica sterile. Per l'attenuazione del germe si può convenientemente usare il calore, disponendo in bagno-maria a 58° varie provette contenenti ciascuna uguale quantità di emulsione madre. Dette provette vengono tolte dal bagnomaria, a distanza di 10, 15 minuti l'una dall'altra e con altrettante semine in terreni di cultura si può facilmente controllare l'*optimum* di soggiorno a 58° necessario per uccidere il germe.

Dovendo poi procedere alla titolazione del vaccino, anzichè ricorrere al metodo della diluizione di una o più anse normali di patina su agar, in una fissa quantità di soluzione fisiologica sterile, è preferibile procedere alla numerazione di germi contenuti in 1 mmc. dell'emulsione madre il che si può ottenere facilmente usando un contaglobuli e diluendo convenientemente la emulsione madre sì da avere i germi in concentrazione non troppo forte. Conoscendo quindi il numero di germi contenuti in 1 mmc. della emulsione madre, è facile procedere all'allestimento delle volute diluizioni per ottenere una determinata concentrazione microbica del vaccino. Ogni vaccino deve essere sottoposto a varî controlli e cioè al controllo della emulsione-madre prima dell'attenuazione, onde assicurarsi della sua purezza, al controllo della emulsione stessa dopo il riscaldamento; al controllo di una delle fialette prima della iniezione del vaccino.

Vaccini poligenici. — Quando l'infezione che si vuole trattare con auto-vaccini è dovuta ad una associazione di più germi, è necessario procedere all'isolamento di ognuno di essi ed alla preparazione di altrettante emulsioni monobacteriche che vanno, attenuate, titolate ognuna per suo conto. Il vaccino poi può essere preparato mescolando in varie proporzioni le singole emulsioni ed il rapporto secondo il quale si trovano i germi nell'organismo, quando si tratti di una suppurazione localizzata, deve essere desunto più che dal numero relativo delle colonie di ciascuna specie sviluppantesi nel terreno di cultura, dalla proporzione secondo la quale i germi si trovano in numerosi preparati del pus prelevato direttamente.

Vaccini con germi coltivati in mezzi liquidi. — Talora si trovano germi che debbono essere coltivati in terreni liquidi, o germi che coltivati su terreni solidi, dànno luogo a formazione di una patina difficilmente emulsionabile. In tali casi si può ugualmente preparare il vaccino partendo dalle culture in terreni liquidi, ma occorre con una centrifugazione prolungata separare i germi dal mezzo di cultura, e con numerosi lavaggi con soluzione fisiologica sterile e successive centrifugazioni, cercare di togliere ai germi ogni traccia delle sostanze proteiche contenute nel mezzo di cultura.

Vaccini a germi uccisi e a germi vivi. — Nella preparazione di vaccini a germi uccisi gli AA. consigliano di abbandonare l'uso degli antisettici e delle sostanze chimiche e di ricorrere invece al calore che deve essere sempre usato a temperatura inferiore a quella coagulante le albumine, determinando per ogni specie bacterica la temperatura minima che in un tempo determinato (30 minuti) è capace di sterilizzare le emulsioni. Partendo dal concetto che un vaccino sarà tanto più attivo quanto minori sono le modificazioni apportate nel corpo bacterico, gli AA. hanno cercato di attenuare la virulenza e vitalità dei germi senza ucciderli.

Ciò si può ottenere: 1) col riscaldamento portato a temperatura e per un tempo tale che le culture poi praticate diano sviluppo soltanto a scarse colonie in 24 ore o a numerose colonie ma dopo un periodo di incubazione più lungo dell'ordinario; 2) con lavaggi ripetuti dei germi.

Cause d'errore e d'insuccesso. — Non sempre il prelevamento del materiale che deve poi servire all'isolamento del germe per la preparazione del vaccino si presenta facile e privo di cause d'errore, sia perchè talora si ha a che fare con focolai suppurativi aperti nei quali al germe causa dell'infezione primitiva, altri se ne sono aggiunti, sia perchè la lesione è sostenuta da più germi fra i quali non sempre facile è poter stabilire quale sia quello che ha importanza maggiore. Perciò si rende necessario eseguire varî prelevamenti dai quali si possa dedurre la presenza di un determinato germe, costantemente riscontrato nei preparati allestiti per l'esame diretto del materiale prelevato. Così pure le diverse condizioni di cultura dei varii germi, possono far sì che il germe utile, difficilmente coltivabile nel substrato scelto, passi inosservato o sia mascherato da altri germi più facilmente e rigogliosamente coltivabili.

Se gli auto-vaccini preparati volta per volta per le loro spiccate proprietà antigeniche si presentano superiori agli stock-vaccini, occorre tener presente che un riscaldamento non

rigorosamente ed esattamente condotto può alterare le albumine bacteriche dando luogo alla produzione di varie sostanze la cui azione è in gran parte colloidoclasica, ma non vaccinogena. Ed in ciò sta talora una importante causa di insuccesso.

Applicazione terapeutica degli auto-vaccini. — In base alle loro esperienze gli AA. sono, per quanto riguarda l'uso terapeutico di vaccini, giunti alle seguenti conclusioni:

1) La quantità totale di corpi microbici iniettati ha una scarsa influenza sullo sviluppo della immunizzazione.

2) I vaccini non devono sorpassare un determinato titolo che per lo streptococco corrisponde a 1 miliardo di germi per cmc.; per gli altri germi a 4.6 miliardi per cmc.

3) Le iniezioni sono praticate per via sottocutanea, e devono cominciare con dosi deboli corrispondenti a un quarto o un ottavo della dose massima finale.

4) Le dosi successive da iniettare e l'intervallo necessario fra una iniezione e l'altra sono determinate dal decorso dell'infezione e dalla reazione del soggetto.

Circa quest'ultimo punto gli AA. osservano che nelle infezioni a decorso cronico si può cominciare con dosi abbastanza elevate, e le iniezioni è bene siano intervallate da 4 a 6 giorni, mentre nelle infezioni a decorso subacuto, o in quelle con fenomeni suppurativi localizzati, ma con intensi fatti di intossicazione generale, è consigliabile usare dosi deboli e ravvicinate, ogni giorno o ogni due giorni, aumentando la dose soltanto se non si provoca alcun rialzo termico. Inoltre la vaccinoterapia non deve provocare alcuna reazione intensa e si deve ritenere come favorevole quella vaccinazione che tutto al più provocherà nel soggetto reazioni locali o generali debolissime e di breve durata (da 1 a 12 ore).

Le diverse modalità consigliate a seconda del decorso dell'infezione sono suggerite dallo studio sulla comparsa, durante la vaccinazione, della fase positiva e di quella negativa e maggiore garanzia di successo si potrà avere controllando durante l'uso di un autovaccino l'andamento dell'indice opsonico quale indicatore della comparsa delle suddette fasi. L'iniezione di vaccino praticata durante la fase negativa può accentuarla o prolungarla con danno quindi sul decorso dell'infezione.

Nella pratica della terapia con gli auto-vaccini si possono talora osservare fenomeni dipendenti da una non esatta applicazione del metodo, o da uno stato di debolezza dell'individuo, mentre il più delle volte i fatti consecutivi alla iniezione vaccinante sono l'espressione di un decorso favorevole della vaccinazione stessa. Fra i primi fenomeni rientrano quelle reazioni generali interne interpretate come l'esponente di uno choc colloidoclasico, ed in tal caso l'autovaccino non ha agito come tale, ma come una proteina qualsiasi. Queste reazioni devono essere evitate se si vuole che l'autovaccino esplichi tutta la sua azione favorevole specifica.

Ad uno stato di debolezza particolare dell'organismo vanno ascritte quelle reazioni intense specialmente locali sul punto d'inoculazione che talora si possono osservare quando le varie iniezioni di vaccino non siano convenientemente distanziate l'una dall'altra, sì che la vaccinazione coincide con la fase negativa suaccennata e l'individuo presenta allora una esagerazione di tutti i sintomi della infezione.

Le reazioni invece che devono essere interpretate come indizio di un andamento favorevole della vaccinazione sono quelle costituite da una attivazione moderata delle lesioni esistenti, congiunta ad una modificazione sia dell'aspetto, per esempio, di una piaga che assume colorito rosso-vivo e si fa ricca di granulazioni, sia della secrezione della superficie o del focolaio purulento. Tali reazioni non intervengono mai precocemente ma soltanto più tardi dopo alcune iniezioni dell'autovaccino.

È però necessario notare che talvolta, dopo alcune iniezioni di vaccino, si può ad una successiva iniezione assistere allo scoppio di fenomeni locali intensi costituiti da infiltrazione estesa con aspetto flemmonoso, ma senza dolore e senza febbre. Talvolta nel centro di questa infiltrazione si produce una piccola zona necrotica. Questo fatto è dagli AA. interpretato, in base al reperto bacteriologico negativo di detto focolaio ed alla controllata assoluta sterilità del vaccino, come corrispondente ad un fenomeno di anafilassi locale.

Conclusioni. — Gli AA. affermano che la terapia con gli autovaccini può rendere veramente servigi utili, se convenientemente applicata. La preparazione degli autovaccini richiede cure e attenzioni particolari; così come speciali accorgimenti deve avere la somministrazione di essi. Non si possono dare regole generali di cura con i vaccini, ma ogni singolo caso potrà indicare volta per volta la via da seguire, con le reazioni generali e locali insorgenti alla prima iniezione. Purtroppo non è possibile applicare la terapia autovaccinica in ogni infezione, soltanto quelle

subacute o croniche possono utilizzare di tale procedimento, e d'altra parte in alcuni casi la sede stessa dell'infezione (appendiciti, annessiti, ecc.) rende impossibile il prelevamento del materiale per la preparazione del vaccino, o la notevole abbondanza di specie bacteriche diverse (suppurazioni polmonari) non permette di potere stabilire quale sia il germe o quali siano i germi che hanno la parte predominante nella determinazione del processo morboso.

TRENTI.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Atrofia dell'utero da allattamento.

(E. SCHILLER. *The Amer. Journ. Obst. and Gynekol.*, vol. VI, n. 3, 1923).

L'A. riferisce l'opinione di Frommel che considera l'atrofia dell'utero da allattamento come una iperinvoluzione anormale, causata dalla perdita di materiali nutritizi per un allattamento prolungato. Simpson, Fränkl e Thorn credono invece che l'utero di una donna che allatta, essendo amenorroica, diventa più o meno iperinvoluto; il fatto diventa patologico quando raggiunge un grado anormale, specialmente per l'estendersi del processo atrofico al collo, alle ovaie e all'apparato sospensore dell'utero e per l'apparire di sintomi generali pronunciati: secondo Thorn, le costanti contrazioni dell'utero durante l'allattamento — come azione riflessa del capezzolo — sarebbero, insieme con la perdita di materiali nutritivi, il primitivo agente etiologico dell'atrofia dell'utero da allattamento.

Foges, in contrasto con gli autori precedenti, stabilisce invece la causa dell'atrofia in una temporanea deficienza della funzione ovarica: l'amenorrea e la relativa sterilità durante l'allattamento devono essere spiegati soltanto mediante una disfunzione dell'ovaio.

La causa di questa deficienza ovarica risiede nella mammella funzionante che ha una secrezione interna i cui ormoni agiscono direttamente sull'ovaio producendone una temporanea atrofia e per via dell'ovaio si ha atrofia dell'utero. L'A. ha operato per appendicite acuta una donna di 31 anni, terzipara, che aveva allattato per 11 mesi e aveva tutti i sintomi dell'atrofia da allattamento. All'operazione, l'utero aveva l'apparenza di un utero infantile, le ovaie sembravano atrofiche. Di un ovaio, fu fatta la resezione per una piccola cisti: all'esame microscopico del tratto di ovaio asportato furono rinvenuti solo follicoli atresici e primordiali. Se la produzione di ormoni della mammella dura per un periodo anormale, ne risulterà un'atrofia permanente dell'ovaio. Una donna secondipara, di 31 anni, prima ben mestruata, risultò definitivamente amenorroica dopo un allattamento di 9 mesi: lo stesso si ebbe per una donna primipara di 35 anni dopo un allattamento di 8 mesi; entrambe le donne avevano cominciato a dimostrare atrofia dell'utero da allattamento dopo 4 mesi che allattavano.

Il sintomo principale è l'amenorrea: le donne che allattano conservando la mestruazione non dimostrano mai atrofia dell'utero. Altri sintomi sono l'abbattimento, il pallore, la denutrizione, ecc.: le donne si lagnano di un fastidioso dolore al dorso e provano l'impressione che il bambino, quando prende il latte, distrugga tutta la loro forza. Si aggiungono sintomi simpatici simili a quelli dell'età critica. Obbiettivamente si trova la piccolezza dell'utero, riduzione di emoglobina, ipertensione: secondo alcuni, una reazione più spiccata dopo iniezione di adrenalina.

La prognosi in genere è buona, ma tocca aver riguardo alle condizioni generali. L'atrofia non infrequentemente si verifica in donne con ipoplasia genitale. Il trattamento consiste nello svezzare il bambino, nel riposo della donna, dieta abbondante, uso di preparati ovarici.

Profilatticamente, non allattare oltre gli 8 mesi, allattare ogni 4 ore e non la notte, prendersi due ore di riposo durante il giorno, mangiare abbondantemente.

Conclusioni: l'atrofia dell'utero da allattamento risulta da ormoni prodotti dalla glandola mammaria che allatta: questi ormoni inibiscono la funzione ovarica; la loro iperproduzione porta all'atrofia delle ovaie e secondariamente dell'utero; se la glandola mammaria funzionante non produce o produce pochi ormoni, la donna, pure allattando, ha le sue mestruazioni normali o quasi. Queste madri non presentano sintomi di atrofia dell'utero da allattamento.

MARZETTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

BAYLISS. *The colloidal state in its medical and physiological state.* London, Frowde and Hoddon & Stoughton, 1923.

Ho letto tutto d'un fiato le 92 pagine di questo libro, ove una mano maestra espone con una limpidezza perfetta, l'astrusa materia della fisico-chimica colloidale.

Eppure non è questo un libro elementare: poichè in brevi parole, spesso in una frase od in un rigo, espone, imposta o giudica, con la sicurezza della padronanza, problemi elevati e fatti complessi.

Per una visione d'insieme, per una sintesi, che sia di punto di partenza per successive analisi, per un orientamento che apra l'adito ad un giudizio o ad un indirizzo, questo libro, che non divaga mai in concezioni astratte e sente sempre lo spirito biologico e fisiologico, col quale è stato scritto, è di vera utilità e di sapiente guida. *g. sabatini.*

KOPACZEWSKI W. *Théorie et pratique des colloïdes en biologie et en médecine.* Paris, Vigot Frères, 1923.

Le nuove vedute sui colloidi e sulla loro importanza nella biologia, hanno avuto larga ripercussione su ogni campo scientifico, ma fino ad ora pochi erano i trattati comparsi sulla tecnica dello studio di fenomeni colloidali. Fra essi sono da ricordare i lavori di Michaelis e di Ostwald, cui seguirono alcune monografie non sempre complete, ma di notevole interesse. Il volume del Kopaczeyski di recente pubblicato colma questa lacuna raccogliendo quanto fino ad ora si è potuto osservare nello studio dei colloidi, ed esponendo tutti i particolari di tecnica necessari, porta un notevole contributo e costituisce una utile guida per chi si interessa a questi nuovi problemi. In una prima parte sono esposti i concetti inerenti ai rapporti fra i colloidi e la vita, in una seconda gli elementi di statica colloidale, in una terza quelli di dinamica colloidale, ed in ognuna di esse trovano ampio e chiaro sviluppo tutti i particolari di tecnica, nonchè i risultati ottenuti dalle numerose ricerche ed esperienze compiute in questo campo. *Tr.*

KOPACZEWSKI W. *Pharmacodynamie des colloïdes.* Paris. G. Doin, 1923. — Fr. 11.

Questo breve volume contiene le conferenze tenute dal Kopaczewski all'Accademia medica di Napoli e Torino nel 1920 e all'Università di Varsavia nel 1921, e raccoglie quanto secondo i più recenti studi sui colloidi si può intravvedere nell'applicazione alla cura delle varie malattie, dei concetti attualmente esposti sulla importanza che i fenomeni di ordine colloidale hanno nei diversi stati morbosi. Dopo avere descritto lo choc e specialmente i fenomeni di choc anafilattico, l'A. espone i fatti sui quali si basa la teoria colloidale di esso passando dalla analisi delle proprietà fisiche, chimiche e fisiologiche dei colloidi, allo studio del loro modo di azione. Prese in esame quindi le modificazioni fisicochimiche degli umori nei diversi stati patologici, ha studiato i rapporti di esse con i diversi stati morbosi e cercato di dimostrare quale ne possa essere una razionale terapia dettata dalle odierne cognizioni sui colloidi.

Semplice e pure completa questa opera del Kopaczewski bene si addice ai biologi, ai medici ed ai farmacologi. *Tr.*

LÜDKE H. und SCHLAYER C. R. *Lehrbuch der pathologischen Physiologie.* Leipzig, 1922, Barth. J. A.

Non solo l'avere curato la pubblicazione di un recente trattato di fisio-patologia nel quale ogni problema venisse illustrato in base alle più recenti acquisizioni della ricerca medica è già merito non lieve degli AA. ma sovrattutto l'avere affidato l'esposizione dei singoli argomenti a coloro che in essi avevano una più larga esperienza e competenza. In questo volume di recente comparso ogni capitolo riveste la forma e l'essenza di vera e propria monografia, nella quale per altro abbandonato quanto poteva sembrare superfluo, è data giusta parte ad una chiara discussione di ogni problema. Gli argomenti trattati sono i seguenti; ricambio materiale (Fischler), costituzioni (Reinhard), secrezioni interne (Eppinger), infezione e immunità (Lüdke), febbre (Leschke), ipotermia (Leschke), rapporti fra il sistema nervoso e le funzioni vegetative (Loewi), sistema nervoso (Forster), circolazione (Rothberger), respirazione (Forschbach), sangue ed organi ematopoietici (Hirschfeld), digestione (Strasburger), nutrizione (Lichtwitz), reni (Schlayer). *Tr.*

R. GOLDSCHMIDT. *Einführung in die Vererbungswissenschaft.* Un vol. in-8, di 547 pag., con 176 fig. — V. Engelmann, ed., Lipsia, 1923. Prezzo fr. svizzeri 15.

Da qualche tempo a questa parte si è venuto rivolgendo una grande attenzione alle dottrine sulla ereditarietà, a cui si interessano i medici, come gli zoologi ed i botanici, gli allevatori come gli antropologi ed i sociologi; v'è addirittura chi intravede nello studio di que-

sta scienza e nelle applicazioni pratiche che da essa possono derivare il mezzo più acconcio per migliorare la specie umana. Per chi intende occuparsi di tali problemi, offre una buona guida questo libro dell'A. che in 21 lezioni espone i principii generali, le leggi che si sono finora dedotte, ed i risultati a cui si è giunti. Larga parte è fatta allo studio della variabilità, con l'analisi del metodo statistico, l'esposizione della legge di Galton, la selezione; viene in seguito la trattazione dell'imbastardimento come analisi della ereditarietà, tutta basata sulle geniali concezioni di Mendel. Da ultimo la teoria delle mutazioni, il problema dell'eredità di caratteri acquisiti, la determinazione del sesso e l'applicazione di questi dati all'uomo. *fil.*

E. PATRONE. *Sulle cause delle più gravi alterazioni generali dell'organismo in seguito a scottature.* Genova, Capuro, 1923, pp. 236.

Il Patrone nel suo lavoro, che esce dall'Istituto Maragliano di Genova, riassume anzi tutto le varie teorie, che si sono avvicendate sino ad oggi sulla morte da scottature e ne fa una rapida critica: passa quindi a studiare i fenomeni secondari all'azione del calore che presenta l'attività organica in tutte le sue espressioni funzionali (ricambio materiale, modificazioni del sangue, ecc.) .

Nel terzo capitolo l'A. espone i risultati delle sue ricerche sperimentali su cavie e conigli, dalle quali risulterebbe la presenza nei sieri degli scottati di principi del tipo anticorpo e di principi del tipo antigeno: il materiale a carattere antigeno si troverebbe nel siero di scottati raccolto dopo 48 ore: quello a carattere di anticorpo nel siero raccolto dopo 10-12 giorni.

Sarebbe da escludere che la morte per scottatura possa essere legata a fenomeni di indole anafilattica.

L'autore dunque ammette che la morte per scottatura sia dovuta ad un veleno, cioè ad una particolare sostanza che circola nell'organismo degli scottati, la quale sarebbe espressione di uno stato intermedio di ricambio in cui si trovano i derivati della molecola albuminoidea alterata dal calore: questa sostanza è veleno, in quanto pur essendo avviata alla disintegrazione, non ha raggiunto lo stato necessario per essere eliminata e quindi, non essendo più suscettibile di essere ulteriormente elaborata per le deficienti forze organiche e rimanendo circolante, svolge la sua azione tossica determinando anche la morte.

Questo veleno, la cui presenza è dimostrabile con particolare tecnica, agisce come i veleni che si formano nei nefritici, pulmonitici, nei soggetti con focolai purulenti: individui nei quali la sindrome fenomenica che si osserva nell'ulteriore decorso del processo si deve considerare legata non più all'agente morboso, ma alle condizioni create nell'organismo in conseguenza di uno *stato da ritenzione.*

Pare che sia possibile difendersi da questo veleno mediante la somministrazione per via parenterica di sieri, provenienti da soggetti scottati in condizioni da consentire la vita, ed attivati dopo almeno 10 giorni dalla scottatura.

La teoria patogenetica della morte per scottature ammessa dell'A., come si vede non è nuova, ma è corroborata da rigorose ed originali esperienze condotte al lume delle più moderne vedute sierologiche e tali da rendere assai interessante il lavoro del Patrone le cui ricerche è sperabile possano in tempo non lontano condurre anche ad un'applicazione praticamente utile sui soggetti scottati.

Ampia la bibliografia, edizione corretta.

V. MONTESANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 10 *settembre* 1923.

Presidenza del dott. G. GAGGIA - Vicepresidente.

La cura chirurgica della tubercolosi polmonare.

Prof. G. PIERI. — Il chirurgo può combattere il processo tubercolare annidatosi nel polmone con mezzi diretti (incisione delle caverne, resezione del lobo polmonare, legatura dei vasi del lobo) o con mezzi indiretti che si propongono di influenzare il processo di guarigione realizzando il collasso polmonare.

Gli interventi diretti finora praticati sul focolaio polmonare hanno dato come regola quasi assoluta degli insuccessi.

Dei mezzi indiretti, pochi sembrano quelli destinati a restare definitivamente nell'uso comune: anzitutto il pneumotorace (e forse anche, in via complementare, l'introduzione dei liquidi oleosi nella pleura) nei casi in cui non esistano aderenze. I vari espedienti proposti per realizzare il distacco delle aderenze appaiono mal sicuri e pericolosi, per cui nei casi in cui esistano aderenze trovano la loro indicazione la toracoplastica e la sezione del frenico, praticate isolatamente o combinate a seconda della localizzazione e della diffusione del processo tubercolare.

Circa la sezione del frenico, l'O. pensa che forse sia preferibile la alcoolizzazione del nervo, che produce la paralisi temporanea, e che l'O. ha usato recentemente in un caso di esiti di ascesso polmonare, e in un caso di tubercolosi polmonare con aderenze diaframmatiche.

Un caso di diabete trattato coll'insulina.

Dott. PAGANI. — Riferisce un caso di diabete in persona di 65 anni, che male si prestava alle cure dietetiche e non aveva avuto alcun vantaggio dalla usuale terapia medicamentosa. Il glucosio nelle orine era andato progressivamente aumentando dal 10 % al 40 % mentre si presentavano fenomeni spiccati di intossicazione generale.

L'uso dell'insulina somministrata per via orale determinerò un rapido abbassamento del tasso di glucosio nell'orina emessa durante la notte e una percentuale del 6-8 % nelle orine della giornata. Contemporaneamente si attenuavano i fenomeni di intossicazione. La dieta nel periodo di cura fu la dieta abituale, colla sola eliminazione dello zucchero.

L'O. richiama l'attenzione specialmente sulla possibilità della cura per via interna, la quale ne permetterebbe l'applicazione con tranquillità anche ai medici pratici che, nella enorme maggioranza, si trovano nella impossibilità di eseguire esami di laboratorio così delicati come quelli che si richiedono per il dosaggio del glucosio nel sangue.

Contributo allo studio del sarcoma dello stomaco.

Dott. DE ZANCHE. — Una giovane di 28 anni, da circa 13 anni soffriva, di tanto in tanto, a lunghi intervalli, di deliqui cui seguiva emissione di feci scure fluide. Recentemente tali fenomeni erano divenuti più frequenti e la malata era andata progressivamente indebolendosi. Non dolori, non vomito.

All'ingresso in Ospedale, all'infuori di uno spiccato pallore, la malata non presentava nulla di notevole. La radiografia dimostrava a livello della piccola curvatura un tumore grande quanto un limone; la palpazione dell'epigastrio non permetteva di rilevarlo.

L'intervento eseguito in narcosi eterea consistette nella resezione della metà pilorica dello stomaco secondo Billroth I. Il tumore si estrinsecava in parte dentro, in parte fuori dello stomaco, e presentava una ulcerazione profonda, tunnelliforme, piena di coaguli.

La malata morì al sesto giorno dell'operazione per broncopolmonite con pleurite putrida sinistra.

L'esame microscopico del tumore dimostrò trattarsi di un sarcoma a struttura fusocellulare.

R. S.

Seduta del 2 ottobre 1923.

Presidenza del prof. G. PIERI - Presidente.

Intorno al modo di diffondersi della malattia di Heine-Medin.

Dott. A. PAGANI CESA. — L'O. basa il suo studio su 47 casi di poliomielite occorsi nella provincia di Padova dal giugno 1922 al giugno 1923.

Mette in rilievo il carattere di sporadicità; fa notare l'impossibilità di trovare fra di essi un qualunque legame di contagio; mette in risalto la mancata infezione dei fratelli coabitanti coi colpiti e la frequenza delle turbe nasofaringee antecedenti al periodo febbrile.

L'O. incolpa come unico trasmettitore della malattia l'uomo sano convivente con l'ammalato. Richiama l'attenzione sul forte numero delle forme abortive della malattia che assumerebbero alle volte il quadro di un semplice stato influenzale. E, dato che i colpiti erano sempre i più giovani della famiglia, dato il mancato contagio di tutti i fratellini dei colpiti in contrapposto alla forte infeziosità della forma dimostrata in altre epidemie, l'O. affaccia l'ipotesi che il mancato contagio dei fratellini non sia che apparente, e che invece o anch'essi abbiano a soffrire ma di forme così larvate da passare inosservate, o che non ammalino affatto perchè immuni per una pregressa infezione abortiva subita.

Si augura di poter dimostrare questo anche sierologicamente quando potrà avere un antigene poliomielitico.

Esperienze cliniche con il vaccino di Friedmann.

Dott. A. SPANIO. — Riferisce sui risultati ottenuti in 14 casi di tubercolosi trattati col preparato antitubercolare di Friedmann.

I risultati ottenuti non lasciano trarre alcuna conclusione certa sul valore curativo del vaccino di Friedmann; nessuno dei malati ha presentato miglioramenti nelle condizioni generali e locali che si potessero sicuramente porre in relazione con la vaccinazione subita; e le accalmie in taluno osservate non differiscono da quelle che la tubercolosi polmonare, forma fibrocaseosa che con le sue varietà è di gran lunga la più frequente nella pratica, suole presentare anche spontaneamente durante la sua evoluzione. In un caso fu osservato un un deciso peggioramento.

Ascessi multipli del fegato di origine ematogena.

Dott. A. TULISSIO. — In un uomo di 42 anni, da qualche settimana malato con tosse, febbre alta e dolore all'emitorace destro, la puntura esplorativa dimostrò la presenza di un ascesso subfrenico. Fu operato con resezione della XI costola destra e drenaggio; vuotata la cavità si constatò una cavità anfrattuosa nella cupola epatica.

Il decorso postoperatorio fu sfavorevole: seguì un empiema destro, operato anch'esso 11 giorni dopo l'operazione dell'ascesso subfrenico.

Continuò la febbre col delirio e si rese manifesta un'artrosinovite purulenta dell'articolazione tibio-astragalica di sinistra, che fu incisa. Proseguì il peggioramento, col quadro evidente di una setticopioemia, e la morte sopraggiunse dopo circa due mesi dall'inizio della malattia.

L'autopsia dimostrò nel lobo destro del fegato, molto ingrossato, la presenza di numerosi ascessi della grandezza da una noce a un uovo.

Inoltre alcuni ascessi sottocutanei e endomuscolari e un ascesso extrapleurico.

L'esame batteriologico del pus delle varie localizzazioni aveva dato lo stafilococco piogene aureo in cultura pura.

L'assenza di lesioni infiammatorie negli organi tributari della vena porta, l'assenza del bacterium coli dal pus, la successione dei fatti morbosi, fanno pensare che la causa prima della sindrome vada ricercata in una embolia micotica del fegato, attraverso l'arteria epatica o le vene sopraepatiche (embolia retrograda).

Sugli esiti della polioencefalite letargica.

Dott. O. BERTOLOTTI. — Riferisce su due malati con sindrome residuale ad encefalite letargica che presentano dei caratteri diversi dalle comuni forme a tipo coreico, mioclonico, atetosico, agripnico, parkinsoniano.

Il primo caso concerne un uomo di 32 anni, curato con qualche vantaggio col bromidrato di scopolamina, il quale presenta un *deficit* dei centri bulbari con disturbi a carico della loquela e della deglutizione, e scialorrea continua.

Il secondo caso riguarda un ragazzo di 14 anni nel quale la sindrome è caratterizzata da disturbi a carattere psichico: umore cambiato, atti impulsivi, irritabilità e vivace gesticolazione.

È evidente che nel primo caso si sono stabiliti anatomicamente dei fatti degenerativi a carico delle cellule gangliari dei nuclei del facciale e ipoglosso e dei nuclei motori del vago e accessorio, e nel secondo caso invece le lesioni anatomiche si sono localizzate alla corteccia cerebrale.

Società Italiana per lo studio delle questioni sessuali.

Riunione del 19 gennaio 1924 nell'aula dell'Istituto di fisiologia di Roma.

Con intervento di numerosissimi soci e di un largo pubblico di invitati, fra i quali molte signore, si sono inaugurate le riunioni ordinarie mensili (ogni 19 del mese) di quest'anno. Presiedeva l'on. prof. S. BAGLIONI.

Nell'ordine del giorno figuravano una relazione del prof. ETTORE LEVI su un tema messo in discussione: *Natalità ed eugenica*, una comunicazione del prof. VINCENZO MONTESANO *Sul bismuto nella terapia della sifilide*, ed altre comunicazioni scientifiche.

Dopo alcune parole del presidente il prof. ETTORE LEVI comincia la sua relazione. Egli dice che il tema di essa, più che quello accennato, è quello del *controllo sulle nascite*, che non è in fondo altro che il nuovo aspetto del neomalthusianismo, che tanto sviluppo ha preso recentemente nei paesi anglo-sassoni. Il tema, del quale non si era occupato fino a poco tempo fa, gli è sembrato tanto interessante nello scorrere la recente letteratura in proposito, che ha creduto di raccogliere tutti i dati che aveva a disposizione, e di portarli dinanzi un ambiente serio e scientifico come quello della Società Italiana per lo studio delle questioni sessuali. Fatta così la storia del movimento neomalthusiano passa ad esporre sotto tutti i suoi aspetti la questione del controllo sulle nascite, soffermandosi specialmente a quello che è esposto in alcuni recenti libri inglesi e americani, alcuni dei quali dovuti ad elette signore e che sono stati spesso messi in valore ed appoggiati da numerose prefazioni dovute a personalità eminenti nella medicina, nella religione e nella politica. Egli crede che leggendo tali libri si sia spinti a cambiare opinioni che prima si potevano avere.

Il sen. prof. ERNESTO PESTALOZZA esprime recisamente il suo pensiero contrario al controllo. Se vi sono individui e famiglie tarate si deve provvedere in altro modo per ovviare al danno che la società può risentire dalla loro discendenza, e questo limitando le nascite ed evitando matrimoni non desiderabili. La questione del controllo è stata trattata troppo dal lato sentimentale e mistico, da signore, prelati, incompetenti. Occorre invece che i medici se ne occupino, ciò che non molti hanno fatto, e mettano in luce i gravissimi pericoli del controllo che colpiscono specialmente la donna. Molte malattie, i fibromi dell'utero, per esempio, stanno in rapporto diretto col controllo, e non è escluso che esso porti spesso alla sterilità permanente, con grave danno fisico e morale della donna.

L'on. deputato prof. PIETRO CAPASSO accenna al fatto che, dacchè il prof. LEVI ha fatto un resoconto più che altro storico della questione, è bene ora esaminare l'argomento stesso per vedere se si possono fare delle proposte concrete e vedere, come accennava il sen. PESTALOZZA, che le cattive nascite non avvengano. Data l'ora tarda si propone di parlare sull'argomento nella prossima riunione.

Il prof. LEVI riprendendo la parola insiste sul concetto che egli ha esposto la questione così come è senza voler prendere una posizione. Egli è rimasto meravigliato dell'enorme materiale in proposito che ogni giorno arriva al suo Istituto. Egli crede che anche molti medici siano favorevoli alle idee sostenute da coloro che propugnano il controllo.

In seguito a proposta del presidente prof. BAGLIONI ed accordo con gli intervenuti, si stabilisce di proseguire la discussione in una seduta straordinaria da tenersi il giorno 28 gennaio successivo nell'aula dell'Istituto di fisiologia. *Am.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il valore della cutireazione per la diagnosi di tubercolosi nei piccoli bambini.

A. B. Marfan (*Presse médicale*, 8 dic. 1923) fa rilevare che una cutireazione positiva indica che l'individuo porta in sè stesso dei bacilli tubercolari viventi, ma non significa affatto che la tubercolosi sia in via di evoluzione. È da tener presente però che l'infezione tubercolare nel bambino al di sotto di un anno non si trova mai allo stato di riposo; per esso quindi, la cutireazione positiva rivela quasi sempre una tubercolosi in evoluzione. Ad uno-due anni, le forme quiescenti possono osservarsi, ma sono rare e la cutireazione conserva quindi il suo valore; questo invece diminuisce in seguito, sino a diventare nullo nell'adulto. Le cutireazioni forti sono ritenute un segno di prognosi favorevole; esse si osservano in quelle forme che si ascrivevano alla scrofola. Quelle deboli si osservano nel periodo ultimo della tubercolosi; quelle tardive indicano che esistono dei focolai bacillari molto antichi, da lungo tempo quiescenti.

La cutireazione negativa può avere notevole valore in certe condizioni e, quando si possano eliminare le cause di anergia, può far escludere la tubercolosi. L'anergia può osservarsi nel periodo di incubazione della tubercolosi, periodo detto preallergico che dura in media 20-30 giorni. Quindi, in caso di reazione negativa, in un bambino piccolo, è consigliabile ripetere la prova dopo 4 settimane e, se rimane costantemente negativa, si può escludere la tubercolosi. L'anergia si osserva anche quando le lesioni tubercolari si sono molto estese e l'individuo è in stato di cachessia; nel bambino però la cutireazione è quasi sempre positiva; essa è invece negativa nel periodo di eruzione del morbillo. Le altre cause di anergia (trattamento con la tubercolina, puerperio, cirrosi, ecc.) non intervengono nell'infanzia, quindi l'inchiesta e l'esame clinico possono facilmente far conoscere se esistano le cause più sopra citate. La cutireazione, sia essa positiva o negativa, ha dunque un grande valore nell'infanzia, in cui la diagnosi di tubercolosi presenta grandissime difficoltà.

Tecnica. — Sulla cute della regione deltoidea, o dell'avambraccio, o della faccia dorsale del piede, lavata con etere od alcool, si fanno col vaccinostilo due scarificazioni, senza far sanguinare, a distanza di 5 cm. l'una dall'altra; sull'una si deposita una goccia di tubercolina bruta (non diluita!), l'altra serve da controllo; si lascia seccare per 5 minuti e si fanno rimettere i vestiti. In caso di reazione positiva si ha dopo 12 ore: piccola macchia rossa, che, dopo 24, si trasforma in papula rossa, dura, edematosa, che raggiunge i 5 mm. dopo 36-48 ore. In seguito essa va scomparendo.

Talvolta si hanno reazioni tardive dopo 4-5 giorni. In caso di reazione negativa non si osserva differenza notevole fra le due scarificazioni; su quella che ha ricevuto la tubercolina, si può notare un rossore leggero, limitato e transitorio. *fil.*

La diagnosi dell'adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare nel bambino.

Occorre tenere conto delle malattie anteriori anergizzanti (pertosse, morbillo, suppurazioni), dei possibili contatti (in casa, nella scuola), nozione molto più importante che quella dell'abitazione precedentemente occupata da un tubercoloso.

Si tratta il più spesso di un bambino pallido, talora febbricitante, magro, col sistema pilifero anormalmente sviluppato. Il torace è stretto e piatto; con scapole alate, perimetro piccolo, con espansione toracica diminuita; si osserva circolazione venosa collaterale, i muscoli sono ipotonici, il coefficiente di robustezza è basso, esiste micropoliadenia e spesso vegetazioni adenoidi.

La percussione deve essere praticata simmetricamente (col dito plessimetro bene a piatto), leggermente, facendo tenere il bambino dal lato opposto per mezzo di altra persona. Si nota in avanti subottusità parasternale, più o meno triangolare a base esterna, dietro si può avere subottusità nella zona ilàre. J. Bonnin (*Journal des praticiens*, 3 novembre 1923) consiglia di ricercare la percussione trasmessa, facendo tenere da un aiuto le mani dal lato opposto a quello che si percuote; l'aiuto prova una sensazione tattile precisa quando la percussione si fa nella zona ganglionare ipertrofica.

I segni steto-acustici sono: 1) Modificazioni della respirazione specialmente espiratorie (asimmetria, insufficienza di un polmone, espirazione prolungata o soffiante a tipo tubario od anforico, più sensibile nello spazio interscapolo-vertebrale). 2) Modificazioni nella trasmissione della voce, sia alta a tipo egofonico, sia sussurrata (segno di Voillez, di d'Espine, pettoriloquia afona); le trasmissioni dei rumori laringo-tracheali sono da attribuirsi alla massa dura dei gangli. Nelle adenopatie di

destra si osserva inoltre la trasmissione integrale dei toni cardiaci sotto la clavicola destra.

I segni funzionali sono del tutto incostanti. Complemento indispensabile all'esame clinico, è quello radiografico, che precisa e localizza la lesione. La cutireazione serve ad affermare la natura tubercolare della lesione.

Le forme cliniche si riconducono a tre tipi principali delle adenopatie, secondo che si rivelano alla percussione, all'ascoltazione od all'esame radiologico; vi sono poi forme intermediarie. La cura del preventorio non deve essere riservata ai bambini con cutireazione positiva, ma estesa a tutti quelli che presentano segni d'adenopatia tracheo-bronchiale.

fil.

L'agglutinazione e l'autosieroreazione nella tubercolosi polmonare.

B. Forleo della II Clinica Medica di Napoli, illustra (*Folia Medica*, n. 24, 1923) il valore dell'agglutinazione del bacillo di Koch nella tubercolosi ed il rapporto che essa ha con l'auto-sieroreazione diagnostica, secondo il principio e la tecnica di R. Leone.

Esperimentando su centinaia di malati l'A. conclude che:

1° L' agglutinazione nella tubercolosi è priva d'importanza diagnostica, conservando un buon valore prognostico.

2° L'agglutinazione nei casi esaminati raggiunse il massimo di positività nelle forme evolutive della tubercolosi.

3° Ottimo valore diagnostico e prognostico, con altre cifre di positività ha l'autosieroreazione di Leone.

4° Pur con una grande differenza fra le percentuali dell'agglutinazione e dell'autosieroreazione, si nota un parallelismo progressivo fra le due reazioni, crescendo la loro positività dalle forme latenti a quelle evolutive e declinando nelle forme anergiche.

MONTELEONE.

CASISTICA.

Su alcuni disturbi viscerali o generali nel corso dell'encefalite epidemica. Singhiozzo e nevrassite epidemica.

Disturbi termici: lasciando da parte quanto riguarda la fase acuta, febbrile della malattia, notiamo che le forme cachettiche della malattia si accompagnano spesso ad ipertermia terminale, talora con ascensione notevole postmortale. Tenendo conto che in qualche caso esistono focolai conosciuti o sconosciuti di broncopolmonite, è certo che in qualche caso si può ammettere una origine nervosa. Esistono anche forme prolungate febbrili dell'encefalite. La febbre sembra essere talora influenzata direttamente dalla lesione dei centri nervosi.

Disturbi circolatori: i fatti più importanti sono l'instabilità del polso e l'ipotensione, ambedue dovuti alla debilitazione dell'organismo e forse ad una insufficienza endocrina, specie surrenale.

Disturbi respiratori: esiste una vera forma respiratoria dell'encefalite epidemica. I principali disturbi consistono in polipnea, più raramente in bradipnea, o in periodica apnea. La polipnea può essere permanente o parossistica. Un fatto interessante è che la polipnea dell'encefalite è nettamente influenzata dai fenomeni psichici. La polipnea è spesso intercalata a sospiri. È stata frequentemente osservata l'inversione del ritmo respiratorio (fase inspiratoria più lunga dell'espiratoria). Nella dinamica respiratoria quel che domina è la diminuzione dell'espansione toracica. Si può notare anche ipertonia con inerzia del diaframma, contrazioni parziali del diaframma, asinergia, deformazioni dello sterno. Sono stati osservati dei tics più svariati, in genere nei bambini, e tosse spasmodica.

Vincent e Bernard descrivono un vero edema polmonare in encefalitici cronici.

Lesioni viscerali diverse: a carico del fegato (ittero, urobilinuria), a carico del rene (albuminuria passeggera), dell'intestino (occlusione per paralisi).

Disturbi endocrini: il più importante è la obesità. È stata segnalata la sindrome adiposo-genitale, la poliuria, il diabete insipido, la glicosuria transitoria, la glicosuria tardiva permanente.

Singhiozzo e nevrassite epidemica: il singhiozzo, risultante dalla contrazione sincrona del diaframma e del costrittore della glottide, non è stato raro nel corso dell'encefalite epidemica. Al singhiozzo, a testimoniare la sua origine nevrassica, si accompagnano o succedono, mioclonie, torpore, disturbi oculari, iperglicorachia. In alcune autopsie sono stati messi in evidenza, nel midollo cervicale, lesioni simili a quelle dell'encefalite, caratterizzate dalla triade anatomica: perivascolarite, infiltrazione linfocitaria, alterazioni cellulari. Sono però da mettere a fianco di questi singhiozzi, anche i casi benigni, quasi epidemici? Il singhiozzo febbrile, benigno, ha lo stesso virus dell'encefalite epidemica, od è una malattia specificamente differente?

Molti autori francesi tendono a farne una forma larvata di nevrassite epidemica, altri invece si domandano se la malattia non deb-

ba mettersi in rapporto con l'influenza o con la pertosse, o da considerarsi come malattia autonoma. Un grosso argomento sta in favore degli unicisti: l'esistenza di mioclonie associate, sfortunatamente incostanti. Se dunque la forma complessa parla in favore della teoria unicista, la forma semplice, strettamente frenoglottidea, parla per una concezione dualista.

(PAILLARD e JOANNON. *Le Journ. méd franç.*, n. 1, 1923).

MONTELEONE.

I disturbi respiratori dell'encefalite epidemica.

Poichè l'encefalite è sempre di attualità, non è fuor di luogo attirare l'attenzione su una serie di sintomi di tale malattia, insufficientemente conosciuti.

Roch di Ginevra (*Revue méd. de la Suisse Rom.*, n. 3, 1923), ha avuto l'occasione di osservare un caso di «forma respiratoria» di encefalite epidemica: un uomo con rigidità parkinsoniana, apatia ed abulia, era colpito da accessi di dispnea parossistica con angoscia e cianosi, sopravvenienti nei periodi peggiori quasi tutte le ore. La volontà del malato poteva ritardarli ed anche sopprimerli, nel mentre erano favorevolmente influenzati dalla distrazione.

I disturbi respiratori sono frequenti negli encefalitici, basta ricercali: Mendicini, in sei malati con i tracciati, ha mostrato l'esistenza di una inspirazione più lunga dell'espirazione e delle irregolarità che si esagerano nel sonno. Spesso è stata osservata la tachipnea; talora il ritmo di Cheyne; Stokes talora delle pause respiratorie il respiro di Kusmaul, o dell'aritmia. La tachipnea può divenire parossistica e dar luogo a crisi simili a quelle verificate nel malato dell'A. In rari casi si tratta di rallentamento respiratorio, la respirazione potendo scendere fino a sei atti al minuto. Pierre Marie ed i suoi allievi hanno segnalato anche dei fenomeni di *tics* respiratorio e dei casi di tosse spasmodica.

Se ci domandiamo quale possa essere la patogenesi di tali fatti, mettendo senz'altro da parte quelli che possono essere spiegati da fatti infiammatori broncopolmonari, possiamo pensare molte volte al pitiatismo: Babinski, Charpentier, Souques, Camus non ammettono che si tratti di fenomeni puramente funzionali. Bériel crede trattarsi di fenomeni periferici: micropnea per rigidità dei muscoli toracici, influenzabile più o meno con la volontà del malato. Vincent e Bernard hanno insistito sulla immobilizzazione del torace in ispirazione.

Sebbene sia prematuro fare una classifica dei disturbi respiratori in questione, va fatta tuttavia una distinzione fra i disturbi respiratori dei post-encefalitici con rigidità parkinsoniana ed i disturbi respiratori dell'affezione in attività: i primi possono essere spiegati con la teoria del Bériel. May mette i disturbi respiratori dell'encefalite a fianco della tachicardia e della paralisi labioglossofaringea, nel paragrafo delle forme bulbari. Ciò può essere probabile secondo l'A. per la maggioranza dei casi, ed è quello che in realtà calza con le nostre conoscenze anatomopatologiche e fisiopatologiche dei disturbi respiratori e delle localizzazioni abituali delle lesioni encefalitiche.

MONTELEONE.

I disturbi psichici nell'encefalite letargica.

I disturbi psichici nell'encefalite letargica dipendono in parte dalla lesione della sostanza nervosa, in parte dall'infezione in generale (E. Majer. *Münchener Med. Woch.*, n. 25, 1923). Non è ben chiaro se i disturbi del sonno dipendono dall'una o dall'altra di queste cause. In generale si può dimostrare un parallelismo tra i sintomi fisici e le alterazioni psichiche: la ipocinesia è di solito accompagnata da un torpore psichico e da una spontaneità di tutte le funzioni psichiche, l'ipercinesia (encefalite coreatica) dà sintomi irritativi psichici: agitazione, irrequietezza, talvolta fino al quadro maniaco, delirii. Spesso i disturbi psichici postencefalitici si confondono con la demenza precoce, più raramente con l'amenza e coi delirii infettivi e tossici.

POLLITZER.

TERAPIA.

Trattamento della cellulite.

La cellulite viene definita come un'affezione caratterizzata da una infiltrazione del tessuto cellulare, che si può rilevare mediante la palpazione e che si accompagna a fenomeni dolorosi i quali costituiscono il sintoma rivelatore. Come fattore eziologico si è invocato l'artritismo ed anche il tabacco, l'alcool, i disturbi endocrini, la vita sedentaria, il sovraffaticamento, i traumi.

Sintoma essenziale è il dolore, che si manifesta con un senso di formicolio o di crampo. Vi si aggiunge poi l'impotenza muscolare relativa. Si registrano inoltre dei fenomeni di ordine simpatico, come crisi vasomotrici, turgescenza del tessuto arterioso ed anche disturbi cardiaci. Spesso si riscontra una micropoliadenite. I sintomi variano secondo la localizzazione delle lesioni; vi sono così una

sindrome cefalica, una toracica; frequente è la forma addominale; quella profonda, dà luogo a localizzazioni dolorose diverse, che possono condurre ad errori diagnostici.

La diagnosi non è difficile, specialmente per la localizzazione dei dolori, che non sono nettamente limitati al territorio innervato dal tronco nervoso.

Come cura si è consigliato il massaggio, la doccia di aria calda, i trattamenti elettrici. G. Lyon (*Bulletin médical*, ottobre 1923) ha ottenuto buoni risultati con le iniezioni iodo-iodurate. È necessario sopprimere tutte le cause di intossicazione, prescrivendo un regime alimentare regolato con la più grande cura. Saranno inoltre giovevoli i tentativi di modificare il terreno artritico e le adatte prescrizioni per il regime alimentare. Si combatterà la costipazione con mezzi adatti e si vedrà di favorire l'eliminazione renale.

fil.

Il trattamento delle adeniti cervicali tubercolari col radio.

E. S. Molyneux (*British med. Journ.*, 10 nov. 1923) insiste sui vantaggi che presenta il radio nel trattamento delle adeniti cervicali tubercolari, trattamento che è innocuo ed indoloro, purchè la tecnica sia scrupolosa; l'unico inconveniente che esso ha è il costo del radio e la facilità con cui gli applicatori si guastano. L'A. usa, come applicatori, piastre di forma quadrata, della superficie di un pollice quadrato contenenti l'equivalente di 15 mg. di bromuro di radio. Sull'applicatore, che è una lamina di argento dello spessore di 3 mm., si mette un filtro d'argento da 1 mm., poi un paio di strati di tela, e da ultimo due strati di tessuto gommato; questi strati sono destinati ad assorbire i raggi beta secondari, che hanno un'azione irritante. Gli applicatori si lasciano in posto per 4 ore allo scopo di coprire tutta l'area interessata, si possono mettere più applicatori.

All'inizio si fanno due sedute per settimana, che in seguito si riducono ad una quando le ghiandole vanno diminuendo. Si continua il trattamento fino a che siano del tutto scomparsi i segni della malattia, ciò che richiede un tempo variabile secondo i pazienti. Se il paziente si presenta con le ghiandole già suppuranti, si può aspirare il pus, oppure fare una piccola incisione con il tenotomo e spremere il pus, se è molto denso.

Il trattamento non lascia cicatrici, a meno che non vi sia già stata suppurazione; rimane solo per qualche settimana un po' di rossore.

fil.

Lesioni consecutive ad irradiazione del collo con raggi X.

Sono già state segnalate le lesioni del collo da irradiazioni con raggi X, lesioni che compaiono anche 2-3 anni dopo il trattamento e consistono in una trasformazione fibrosa delle parti molli, la quale mette capo alla compressione della trachea o può determinare afonia, edema della glottide, necrosi del laringe, talora morte, come nei carcinomi laringei. E. König (*Münch. med. Wochens.*, 1923, n. 18) riporta il caso di un malato il quale, per una actinomicosi cervicale, aveva ricevuto una serie di irradiazioni; le ultime cinque, fatte con 0.5 milliampères sotto 3 mm. di alluminio, ad intervallo di un mese, avevano durato 10 minuti ed erano state seguite da sintomi leggeri di stenosi laringea con infiltrazione delle corde vocali. Tre mesi dopo, una dispnea minacciosa rese necessaria la tracheotomia d'urgenza; il collo era di volume assai aumentato, le parti molli avevano una durezza lignea e stridevano sotto il bisturi, rendendo difficile l'operazione. Nei giorni seguenti si sviluppò sulla ferita una gangrena apiretica che procedè fino a mettere a nudo la laringe. L'edema della glottide diminuì, la respirazione per le vie superiori si ristabilì e lo stato generale andò migliorando. Localmente, dopo eliminazione della cartilagine tiroide necrosata, che provocò una fistola laringea, la vasta piaga cominciò dopo 2-3 mesi a granulare e si cicatrizzò dopo qualche mese; la voce del malato rimase sorda.

L'A. raccomanda di non intraprendere nuove irradiazioni al collo senza conoscere esattamente le dosi ricevute in antecedenza e di cessare il trattamento se, dopo 3-4 settimane, non si hanno miglioramenti. Inoltre bisogna tener presente che le irradiazioni rendono difficile ogni intervento chirurgico ulteriore e rallentano la guarigione operatoria.

fil.

La doppia modalità del bagno di sole.

Il bagno di sole può essere freddo o caldo; è caldo quando la temperatura dell'aria, presa con il termometro a bolla nera, è superiore a quella del corpo, è freddo nel caso contrario. Gli effetti sono del tutto diversi; il bagno freddo è vaso-costrittore ed eleva la pressione sanguigna, quello caldo l'abbassa e favorisce le congestioni passive. Anche i possibili inconvenienti della cura sono diversi: nel primo caso sono da temere le complicazioni del raffreddamento periferico, nel secondo le ustioni cutanee, il colpo di calore, le congestioni viscerali.

Nel caso del bagno freddo, si cercherà di evitare ogni raffreddamento; in inverno l'installazione ideale è realizzata dalla stessa camera del malato dinnanzi alla finestra aperta al sud o sud-est; il paziente può rimanere immobile, seduto o sdraiato. Nel caso del bagno caldo, quando non vi è l'azione refrigerante del vento, si dovrà, secondo G. Rivier (*Journal de méd. de Paris*, 1923, n. 21): 1) *Abbreviare le sedute*, anche con individui allenati, e specialmente con i pottici, i coxalgici ed in genere quelli costretti all'immobilità. 2) *Interrompere il bagno* con passaggi all'ombra o con affusioni di acqua. Quando l'individuo nudo incomincia a traspirare, quando prova una sensazione sgradevole di congestione cefalica, o cade in uno stato di depressione nervosa che lo stanca, è inutile di attendere un vero malessere; lo si fa passare all'ombra, in un'atmosfera più fresca, fino a che non domandi egli stesso di ritornare al sole. Oppure gli si versa sulle spalle un annaffiatoio di acqua riscaldata al sole; se esso si trova sulla spiaggia, può anche prendere un bagno. 3) *Far deambulare il paziente*. Con il camminare si produce una leggera corrente di aria sulla pelle, che fa evaporare la traspirazione e rinfresca il paziente; questi presenta le diverse regioni del corpo alla irradiazione solare, attiva e regolarizza la circolazione e compensa le congestioni locali. Questo benefico effetto del movimento si può osservare sulle spiagge dove bambini ed adulti stanno delle intiere giornate nudi, al sole, dedicandosi ai numerosi esercizii che permette la spiaggia, senza risentire alcun nocumento. *fil.*

La cura dei geloni.

Come trattamento generale, si consiglia la tiroidina, l'olio di fegato di merluzzo (2 cucchiai da zuppa al giorno) o lo sciroppo di joduro di ferro (2 cucchiai da frutta al giorno); nell'adulto lo joduro di potassio (g. 0.50 al giorno). Le cure igieniche consistono nel non portare nè fasce da polpacci, nè giarrettiere; calzare guanti caldi e larghi; lozione delle parti malate con acqua tiepida e sapone dolce, asciugare e spolverizzare con polvere di talco. Alla sera, dopo un bagno in una decozione di foglie di noce, applicare sulle parti rosse e dolenti questa pomata: Canfora polv. g. 1; Ossido di zinco g. 15; Vaselina g. 25; Lanolina g. 10.

Gougerot (*Journal des praticiens*, 1923, n. 50) consiglia il glicerolato d'amido (g. 50), con tannino all'etere g. 2-5. Se le lesioni sono ulcerate, applicare mattino e sera questa pomata: Tannino, Canfora polv., ana cg. 25; Ossido di zinco g. 5; Lanolina, Vaselina ana g. 10; ovvero medicare con compresse imbevute con linimento oleo-calcare. I punti ulcerati si cauterizzano una volta al giorno per 3-4 giorni di seguito, mediante nitrato d'argento (g. 1) in acqua distillata (g. 20). Frizionare l'arto malato, salvo in corrispondenza delle ulcerazioni con una flanella imbevuta con alcool canforato. Un rimedio popolare consiste nell'essenza di petrolio in frizioni sui geloni non ulcerati; esso spesso dà buoni risultati. Pure efficace è l'acido picrico (cg. 50) in alcool e glicerina (ana g. 20) per pennellazioni sulle parti malate. *fil.*

FORMULARIO.

Nella costipazione della obesità.

Solfato di sodio g. 30; citrato di sodio g. 20; fosfato di sodio g. 10. Farne sciogliere un cucchiaio da frutta in un infuso caldo di gramigna; da prendere ogni mattina (M. Labbé).

Nelle ragadi anali.

Novocaina cg. 10; estratto di belladonna cg. 5; solfoittiolato di ammonio g. 6. Applicare profondamente sulle pliche della mucosa.

Lubrificante per le sonde uretrali.

Ossicianuro di mercurio cg. 25; gomma adragante in polvere g. 3; glicerina neutra g. 20; acqua distillata g. 200 (Casper).

Iniezioni di caffeina e canfora.

Caffeina pura; salicilato e cinnamato di sodio ana cg. 25; acqua distillata q. b. per sciogliere; aggiungere alcool canforato (a 1/10) g. 1 (A. Claret).

Contro il fetore dell'alito.

Acido salicilico g. 2; alcool etilico g. 100; saccarina, bicarbonato di sodio ana g. 1. Gocce X di questo colluttorio in un bicchiere di acqua come gargarismo o colluttorio (Viau).

Trattamento della coriza allo stato iniziale.

Brand (*Journal de médecine de Paris*, 1923, n. 51) consiglia di inalare la seguente miscela, spargendone una diecina di gocce su carta asciugante: Acido fenico puro g. 5; Ammoniaca liquida g. 5; Alcool a 90° g. 10; Acqua g. 15. Oppure si può introdurre 3-4 volte al giorno in ogni narice, spingendo fino alla retrobocca, la pomata seguente: Balsamo del Perù g. 1; Lanolina g. 10; Vaselina g. 40. Si prescrive anche un'altra pomata da introdursi pure 3-4 volte al giorno nelle narici: Adrenalina gocce II-V; Cloridrato di cocaina cg. 25; Mentol cg. 1-5; Acido borico g. 1; Vaselina g. 10; Lanolina g. 1. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Tentativi d' inoculazione negli animali del virus della sclerosi a placche.

Esperienze conclusive atte ad accertare la natura, che si sospetta, infettiva della sclerosi a placche non sono note ancora, di fronte ad ammessi isolati resultati positivi, si possono citare numerosi tentativi restati infruttuosi.

È certo che prima di darsi in braccio al più nero pessimismo, bisogna riconoscere che per affermare i risultati negativi di una serie di esperienze occorre la coincidenza di varie condizioni.

Jensen e Schroeder (*Revue neurologique*, n. 5, 1923) hanno cercato di portare un certo contributo alla questione: gli esperimenti furono eseguiti con il sangue e con il liquido cefalo-rachidiano di 7 malati colpiti dalla sclerosi a placche da 2-3 anni: tutti i casi erano caratterizzati da un inizio lento. Il materiale fu tolto in periodi di esacerbazione della malattia.

Le iniezioni furono fatte per via intraperitoneale, intracerebrale e nella camera anteriore dell'occhio, in un totale di 9 conigli e 25 cavie. Dieci cavie furono sacrificate, 6 dopo esser state immerse nell'acqua e tenute in ghiacciaia allo scopo di creare quella minor resistenza che viene talora riferita dall'anamnesi dei casi di sclerosi a placche. Tutti questi animali diedero un risultato negativo. I prelevamenti fatti in un solo malato diedero risultati positivi; il liquido cefalo-rachidiano di questo era stato iniettato per via intracerebrale a 3 conigli e 3 cavie. I conigli non offrirono alcunchè di interessante. Una cavia morì dopo 4 mesi senza aver presentato sintomi morbosi. La seconda mostrò una paralisi del treno posteriore. Subito dopo la morte il sangue di questi animali fu seminato in terreni nutritivi: non si sviluppò alcunchè.

L'esame istologico degli organi interni non fece rilevare nulla: però all'osservazione microscopica del sistema nervoso si constatò una leptomeningite ed una infiltrazione di cellule rotonde oltre ad una degenerazione della guaina midollare.

Poichè intanto il malato affetto da sclerosi a placche, dal quale era stato prelevato il liquor inoculato in questi animali, era venuto a morte per una polmonite intercorrente, fu istologicamente esaminato il suo cervello e midollo spinale. L'esame del cervello fu negativo per microbi. Però osservando il midollo gli AA. notarono che in un taglio del midollo allungato il canale rachideo era quasi interamente chiuso e circondato da ammassi di cellule ependimarie; nel nucleo di alcune di queste cellule si osservarono fibrille nere, sottili spirali, da ritenersi senza dubbio delle spirochete non della classe «pallida».

MONTELEONE.

NOTE DI TECNICA.

Su un metodo facile per la ricerca dell'urubilinogeno nell'urina.

G. Florelli (*Minerva medica*, N. 15-12-1923), rende nota una reazione in uso da tempo nella clinica del prof. Muller in Monaco (Baviera) ove viene praticata costantemente su tutte le urine e della cui bontà ha potuto persuadersi personalmente durante la sua permanenza in quella clinica per oltre dieci mesi.

Si aggiungono alle urine contenute in una provetta alcune goccie di una soluzione al 2 % di Dimetil-Paraminobenzaldeide in ca. 5 % di acido cloridrico. Può apparire già a freddo una colorazione rossa più o meno intensa; questo è segno di notevole quantità di urobilinogeno e per la pratica si può ritenere avere lo stesso significato di un aumento dell'urubilina. Detta colorazione può apparire altre volte solo riscaldando: in questi casi si è in presenza di urine normali. Altre volte infine anche portando il liquido all'ebollizione può mancare completamente qualsiasi colorazione rossa, ciò che dinota mancanza totale dell'urubilinogeno (chiusura totale del coledoco, aumento esagerato della peristalsi intestinale).

La reazione suaccennata è nota nella clinica tedesca col nome di aldeidreazione. A Torino nel reparto del prof. Fornaca al S. Giovanni venne già sperimentata con successo, nello stesso reparto sono pure in corso esperienze di confronto che saranno fatte note a suo tempo.

A. S.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla terapia della sifilide. — Al dott. V. P. da S. I.:

La sifilide acquisita può curarsi per via interna (protojoduro di Hg. in pillole, bijoduro in soluzione, a cucchiai od a goccie, calomelano, ecc.), ma naturalmente con risultati meno pronti e meno duraturi che non per via percutanea, endovenosa, ipodermica o endomuscolare.

Anche la via rettale è stata tentata (neosalvarsan, suppositori di unguento mercuriale, ecc.) pare con qualche successo.

La sifilide ereditaria può curarsi con gli stessi metodi di quella acquisita, salvo la via

endovenosa e tenendo conto delle dosi da proporzionarsi all'età. Le frizioni mercuriali ed il calomelano per *os*, sono i mezzi preferiti nei primi mesi di vita. Largo uso si fa dello sciroppo di Gibert con buoni risultati. Recentemente è stato sperimentato il bismuto (tripol) nelle proporzioni di 1 cgr. per anno di età e pare che anch'esso risponda bene allo scopo. V. MONTESANO.

Nella «goccetta». — Al dott. B. R.:

Nella cura della «goccetta» occorre stabilire anzi tutto se si tratta di un processo ancora infettivo, cioè se l'essudato uretrale contenga ancora gonococchi od anche soltanto cellule di pus. Nell'affermativa è necessario vedere se coesistano una uretrite posteriore od una prostatite o se concorrono a mantenere l'uretrite cronica processi follicolari dell'uretra, dòtti parauretrali, ecc.

La cura non è facile: le dilatazioni metodiche dell'uretra, l'uso dei sali di argento, ecc., sono i metodi più comuni. La diatermia, le sonde Kobbelt sono state preconizzate recentemente, ma fino ad ora i risultati non possono dirsi soverchiamente incoraggianti.

Nel caso in cui si sia ben sicuri dell'assenza di ogni fatto infettivo (magari dopo aver fatto nell'uretra una istillazione provocatrice di nitrato di Ag. ed avere esaminato l'essudato, che si presenta dopo alcune ore, con risultato negativo per il gonococco) è forse preferibile lasciare alla natura il compito della definitiva guarigione di questo catarro post-blenorragico. V. MONTESANO.

Nelle ragadi dello scroto. — Al dott. A. C. da Adalia:

Le ragadi dello scroto sono per lo più consecutive a processi primitivi della cute (dermatiti, eczemi, neurodermite, ecc.): la cura perciò è quella del processo causale. Caute applicazioni di soluzione di nitrato di argento (5-10 %), applicazioni di polveri, ecc., possono giovare quando non le controindichi il processo fondamentale. V. MONTESANO.

All'abb. n. 9629:

Un manuale pratico per l'*ispezione dei generi alimentari* è quello edito da Hoepli nel 1919: «E. Tognoli. Vigilanza igienica sulle sostanze alimentari».

Per le *ispezioni sanitarie* in genere si consiglia il «Prontuario dell'Igienista» di Filippini, edito nel 1923 dal *Policlinico*. *g. s.*

Al dott. D. E. P., abb. n. 154: abbiamo risposto altre volte alla stessa domanda. Consulti gl'indici alle voci: *Bibliografia, Indicazioni bibliografiche*. R. B.

VARIA

Il ritmo funzionale dei tessuti viventi.

Herring (*Brain*, luglio 1923) riassume con opportune considerazioni tutte le odierne conoscenze sulla così detta «fluttuazione», ossia sul ritmo periodico di piena attività e di completo riposo dei tessuti viventi. Questa proprietà è più evidente in quei tessuti, il muscolare ed il nervoso, che sono soggetti alla legge del «tutto o niente». Per questa legge ciascuna unità cellulare, quando è in azione, dà il massimo di risposta ad ogni stimolo capace di provocare la risposta stessa, il che val quanto dire che tra la completa attività ed il perfetto riposo non v'è gradazione funzionale. Questa gradazione di attività negli organi costituiti da elementi soggetti alla legge del «tutto o niente» è la risultante del vario numero di unità, o di gruppi di unità, che entrano in azione. Ed in ogni attività gli elementi entrano in azione alternativamente, vi è una specie di rotazione; reagiscono a turno prima alcune parti dell'organo e poi altre, il che garentisce a tutte un riposo periodico, che a sua volta garentisce la possibilità funzionale, evitando l'affaticamento simultaneo.

La teoria che spiega la graduazione dell'attività funzionale degli organi e tessuti con la fluttuazione capillare è troppo esclusiva.

La mancanza di esaurimento di fibre nervose sensitive o recettori che pure sembrano in continua attività dipende esclusivamente dalla rotazione funzionale di gruppi di fibre a funzionalità simile.

E la funzionalità dei singoli recettori può essere determinata dall'affaticamento, oppure essere una proprietà insita al recettore per la quale questo oscilla periodicamente tra l'attività ed il riposo. Una analoga interpretazione può essere data alla persistenza funzionale dei dentriti dei neuroni centrali.

La fluttuazione, ossia la rotazione funzionale degli elementi che provvedono alla formazione dell'arco riflesso spiega molti fenomeni fisiologici e clinici, come l'adattamento delle varie terminazioni sensitivo-sensoriali e la persistenza della sensazione di uno stimolo continuo.

Una prova diretta della fluttazione si ha nel diaframma e nel meccanismo nervoso del respiro.

Il diaframma è capace di ampie gradazioni di funzione, come è dimostrato dalle varie profondità delle ispirazioni. Nella respirazione ordinaria la contrazione è relativamente piccola, ed in rapporto alla lagge del «tutto o niente», ciò non è dovuto ad una breve con-

trazione di *tutte* le fibre, ma alla contrazione *totale* di poche fibre, che quando sono esaurite sono sostituite da altre. Nelle respirazioni più frequenti questo ritmo si abbrevia, donde un riposo più breve e la possibilità di esaurimento: lo stesso effetto si ha quando le inspirazioni sono per lungo tempo più profonde, perchè entra in azione un maggior numero di fibre con il conseguente logorio delle riserve. Tali fatti si avverano sia nelle fibre muscolari, come nelle fibre nervose che ne governano la contrazione.

Barbour e Stiles hanno trovato che nelle persistenti contrazioni riflesse dei muscoli la contrazione è mantenuta da gruppi di fibre muscolari che si alternano continuamente nell'attività e nel riposo.

La fluttuazione è del pari molto evidente in una forma di ipertonia muscolare che si riscontra molto di frequente in clinica. La irritazione degli organi addominali determina un'esagerazione riflessa del tono dei muscoli della parete addominale, che va dalla leggera resistenza di un muscolo fino alla completa tensione di tutta la musculatura addominale, ed è di solito, ma non sempre, accompagnata da dolore ed iperestesia della cute o dei muscoli, o di entrambi. Ora in questi casi il variare dell'area di iperestesia e della parte muscolare contratta è molto comune, il che è espressione di fluttuazione della attività delle fibre centripete e centrifughe. D'altra parte un aumento degli stimoli aumenta il numero dei neuroni in azione ed anche della frequenza degli impulsi nervosi che i recettori trasmettono a ciascun neurone; gli impulsi nervosi trasmessi al sistema nervoso centrale si scaricano per altri riflessi come il vomito, la tachicardia, la tachipnea, il sudore, il pallore, lo shock. Di solito i riflessi sono accompagnati da fenomeni sensitivi, di cui il dolore è il più importante, ma non meno comuni sono la depressione, la nausea, l'esaurimento.

Le contrazioni del muscolo cardiaco non sono determinate dall'attività di *tutte* le fibre, ma di una parte di esse, che si alternano il riposo con altre. Solo così si evita l'esaurimento e si rendono possibili le riserve di energie che intervengono in caso di bisogno. Lo stato di attività e di riposo delle fibre cardiache è regolato da due apparati nervosi antagonisti. La eccitazione del simpatico aumenta la forza delle contrazioni aumentando il numero delle fibre in attività, la eccitazione del vago ha un effetto opposto perchè arresta la contrazione delle fibre in azione.

Il fenomeno della fluttuazione è particolarmente evidente sui recettori sensitivi della cute. È vero che questi recettori si esauriscono rapidamente, ma è altrettanto noto che le sensazioni di caldo e freddo si mantengono anche per ore sotto l'azione di stimoli continui. In effetti anche qui si ha un ritmo di attività e riposo dei varii gruppi. In alcune condizioni patologiche questo ritmo è più appariscente. Il limite marginale tra le zone a sensibilità normale e quelle iperestesiche variano continuamente specie nelle forme di origine midollare. È probabile che in questi casi la fluttuazione avvenga nella trasmissione degl'impulsi dalle fibre afferenti ai cordoni midollari che li conducono al cervello.

Anche i capillari hanno un ritmo funzionale, nel senso che essi si contraggono e si dilatano alternativamente. Queste alternative hanno senza dubbio influenza sull'attività dei tessuti che irrorano, in quanto che la dilatazione dei capillari aumenta la capacità funzionale. È interessante al riguardo notare che la funzione renale è strettamente legata a questo ritmo capillare. È stato osservato che gruppi di glomeruli entrano alternativamente in una fase di riposo o di attività in rapporto allo stato di dilatazione dei capillari. Questa intermittenza, che è indipendente dal sistema nervoso centrale e sembra quindi la espressione della legge generale della fluttuazione che regola il lavoro delle singole unità, permette il riposo e garentisce le riserve.

La fluttuazione delle cellule secretive può essere dimostrata anche istologicamente. Nel pancreas fissato durante il periodo di attività si trovano differenze nelle varie sue parti specie in rapporto al contenuto dei granuli cellulari, il che prova che non tutte le parti del pancreas sono in attività contemporaneamente. Questa varia distribuzione funzionale può essere in rapporto all'azione del sistema nervoso, alla varia irrorazione capillare, e quindi legata alla fluttuazione vasale, ma nulla nega che essa sia autoctona, ossia che le cellule glandolari, come quelle di altri tessuti, ubbidiscano alla legge del ritmo del lavoro e del riposo.

DR.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

D'ERCHIA FLORENZO. *Über Anatomie und Physiologie der Plazenta.* — Berlin, S. Karger, 1921.

ID. *Sul restringimento valvolare congenito del collo dell'utero.* — Roma, Stab. Poligr. Amministraz. Guerra, 1921.

ID. *La cesarea addomino-vaginale per indicazione assoluta nelle infette.* — Milano, F. L. Cogliati, 1919.

ID. *Indagini istochimiche riguardanti la funzione della decidua.* — Milano, F. L. Cogliati. 1916.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

L'ordinamento del servizio sanitario per la R. Guardia di Finanza.

La *Gazzetta Ufficiale* del 14 febbraio, n. 38, pubblica il R. D. 31 dicembre 1923, n. 3171, concernente le norme per il servizio sanitario del corpo della R. Guardia di Finanza.

Ne riassumiamo le disposizioni più importanti.

L'assistenza sanitaria dei militari della Regia Guardia è prestata nelle apposite infermerie del corpo, negli stabilimenti sanitari militari, marittimi e civili e presso i reparti, da medici militari e civili.

Nelle sedi ove non prestano servizio ufficiali medici, il servizio sanitario per gli appartenenti al corpo è affidato a medici civili mediante apposite convenzioni, sempre che il servizio non debba essere gratuito per disposizioni di capitolati comunali. Nella scelta saranno preferiti gli ufficiali medici delle categorie in congedo.

Ove non sia possibile o conveniente alcuna convenzione si provvede al servizio sanitario ricorrendo al medico civile volta per volta. Le modalità delle convenzioni saranno determinate con decreto del Ministro delle Finanze.

Nelle brigate e distaccamenti dislocati in sedi molto eccentriche e lontane della sede di un medico vi sarà un piccolo armadio farmaceutico in consegna al comandante di brigata per il pronto soccorso dei malati e dei feriti.

Le spese per la gestione delle infermerie e per la fornitura dei medicinali a tutti i reparti sono a carico della massa del corpo alla quale è devoluta la retta di degenza nella stessa misura prescritta per gli ospedali militari.

Agli ospedali civili saranno corrisposte le rette e le eventuali spese funebri nella stessa misura concordata dai Comandi di presidio militare per i militari del R. Esercito e della R. Marina.

Le norme di questo decreto abrogano ogni disposizione ad esso contraria contenuta nei regolamenti del corpo.

Modificazioni al regime delle tasse di soggiorno.

Con decreto 30 dicembre 1923, n. 3023, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 25 gennaio 1924, n. 21, i Comuni aventi spiccato carattere di luogo di cura termale o idroterapica, nei quali sia istituita la tassa di soggiorno secondo le norme delle leggi 11 dicembre 1910, n. 863 e 6 maggio 1920, n. 769 e che abbiano in tutto o in parte delegato il relativo importo in pagamento di mutui per la esecuzione di lavori o di opere di pubblico interesse, possono esesre autorizzati dal Ministero delle Finanze a continuare temporaneamente l'applicazione della imposta stessa con le norme stabilite nelle leggi predette.

Agevolezze per la provvista di acqua potabile e per le opere di igiene.

Segnaliamo le disposizioni più notevoli del D. L. 30 dicembre 1923, n. 3132, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 4 febbraio 1924, n. 29, circa la provvista di acqua potabile e altre opere igieniche,

La Cassa depositi e prestiti è autorizzata a concedere fino a tutto il 1933 mutui di favore per opere di *provvista d'acqua potabile* ed *altre opere igieniche, compresi gli ospedali,* secondo le disposizioni delle leggi 25 giugno 1911, n. 586, e 21 aprile 1921, n. 596.

Fermi restando gli stanziamenti, di cui agli articoli 5 e 9 della legge 25 giugno 1911, n. 586, l'ulteriore onere dello Stato per il carico degli interessi sui nuovi mutui che si concederanno per opere di provvista d'acqua potabile, anche indipendentemente dalla Cassa depositi e prestiti, non potrà eccedere la somma di L. 26,000 per i Comuni di 1ª categoria e quella di L. 390,000 per i Comuni delle altre categorie cumulativamente per l'esercizio 1924-1925.

Per ciascun esercizio successivo, e fino al 1933-1934, lo stanziamento dell'esercizio 1924-1925 sarà progressivamente aumentato delle dette somme, in modo da raggiungere così il limite necessario di L. 260,000 per i Comuni di prima categoria, e quello di L. 3,900,000 per i Comuni delle altre categorie cumulativamente, nell'esercizio 1933-34.

Gli stanziamenti di cui all'art. 9 della legge 25 giugno 1911, n. 586, saranno aumentati nella misura:

fino a L. 42,000 per gli ospedali, e L. 90,000 per le altre opere igieniche nell'esercizio 1924-1925, con aumenti progressivi di rispettive L. 42,000 e L. 90,000 in ciascun esercizio successivo fino al 1933-934, in modo da raggiungere così il massimo di L. 420,000 per gli ospedali e L. 900,000 per le altre opere igieniche nell'esercizio 1933-934.

Le casse di risparmio ordinarie, quelle degli istituti di emissione e gli altri istituti di credito, con le cui finalità ciò non contrasti, sono autorizzati, indipendentemente dalle disposizioni dei rispettivi statuti, a concedere mutui per le opere previste dalla legge 25 giugno 1911, n. 586.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

Il 1° *comma dell'art.* 4 *di detta legge è applicabile anche ai mutui di favore per opere igieniche diverse* dagli acquedotti.

Ai mutui che sia necessario contrarre indipendentemente dalla Cassa depositi e prestiti il Ministero dell'interno potrà in via di eccezione concorrere, anche se le condizioni siano diverse da quelle che essa ammette, purchè il periodo di ammortamento non ecceda i 50 anni.

Il concorso dello Stato sarà, in ogni caso, pari a quello che si corrisponde ai mutui concessi dalla detta Cassa, e sarà sempre corrisposto all'Ente mutuatario secondo le norme vigenti per la Cassa depositi e prestiti.

Per determinare entro qual misura, in osservanza dei limiti per capitale fissati dalla legge, siano sussidiabili le spese occorrenti per opere igieniche, non si terrà conto dei mutui e dei sussidi concessi da oltre un decennio per le medesime opere.

I mutui di favore per la costruzione e l'arredamento di scuole-convitto per infermiere professionali potranno concedersi ai Comuni, qualunque sia la loro popolazione.

Essi potranno concedersi anche ad istituti di beneficenza o ad altri Enti morali. In tali casi, quando il mutuo non sia garantito dall'Amministrazione comunale, sarà accettata garanzia su titoli dello Stato, vincolati per tutta la durata del mutuo, la quale non potrà eccedere il trentennio.

È data facoltà al Ministero dell'interno di estendere per tali mutui, quando le condizioni finanziarie del mutuatario lo richiedano, il concorso dello Stato all'intero onere degli interessi.

I benefici di cui agli articoli 1 e 2 della legge 24 luglio 1919, n. 1382, sono estensibili anche alle opere di costruzione e di adattamento di locali per colonie permanenti di bambini predisposti alla tubercolosi.

La spesa pel concorso dello Stato ai relativi mutui di favore graverà sullo stesso fondo stanziato in esecuzione di detti articoli.

I decreti del Ministro per l'interno, con cui si approvano i progetti delle opere da eseguirsi col concorso dello Stato, debbono essere preceduti dal parere del Consiglio superiore dei lavori pubblici, quando l'ammontare complessivo dei progetti stessi superi un milione.

È però sempre in facoltà del Ministro di chiedere il detto parere anche su progetti che importino una spesa inferiore.

Debbono essere approvati dal Ministro per l'interno anche i progetti per acquedotti di Comuni eccedenti i 100,000 abitanti, quando sianvi opposizioni riguardanti l'utilizzazione della stessa acqua, per la alimentazione idrica di altri Comuni.

È inoltre in facoltà dello stesso Ministro di avocare a sè l'approvazione di tali progetti, anche in mancanza di opposizione, qualora essi siano di speciale importanza.

Nello stato di previsione delle spese del Ministero dell'interno saranno stanziati, distintamente dai fondi pel concorso ai mutui riguardanti opere di provvista di acqua potabile, ma in corrispondenza con essi, due appositi fondi, l'uno di annue L. 150,000 per la generalità dei Comuni del Regno, compresi quelli delle nuove Provincie, e l'altro di annue L. 75,000 pei Comuni di Calabria, Basilicata e Sardegna e delle altre regioni per cui esistono speciali disposizioni di favore.

Su tali fondi si provvederà dal Ministero dell'interno alla somministrazione di *sussidi* in capitale ai Comuni, sia per le stesse opere suaccennate, in sostituzione delle agevolezze consentite dagli articoli 2, 5, 13 della legge 25 giugno 1911, numero 586, e dagli articoli 2 e 3 del presente decreto-legge, sia per agevolare il trasporto e rifornimento di acqua potabile, in periodo di siccità, in Comuni che ne abbisognino.

Analogamente sarà stanziato in bilancio apposito fondo di annue L 600,000, per sussidi riguardanti opere igieniche.

Con regolamento da approvarsi dal Ministro per l'interno d'accordo con quello per le finanze, saranno determinati i limiti e le condizioni di tali sussidi.

Su tali fondi il Ministero dell' interno potrà provvedere rispettivamente anche a spese necessarie per studi e provvedimenti di generale interesse aventi le suindicate finalità, comprese le spese per acquisto e messa in opera di trivelle o di altro materiale all'uopo occorrente.

Sarà pure stanziato nello stesso stato di previsione un apposito capitolo di annue L. 375,000 per le opere occorrenti alla riserva ed utilizzazione di acqua potabile in Sardegna nei modi previsti all'art. 27 della legge 16 luglio 1914, numero 665.

La disposizione dell'art. 26 della legge 16 luglio 1914, n. 665, recante provvedimenti a favore della Sardegna, è estesa a tutto il Regno.

QUESTIONI PRATICHE.

X. — Responsabilità per fatti colposi.

Per l'avvenuto suicidio di un alienato, ricevuto a pagamento nel manicomio provinciale in base ad ordinanza del direttore, non può sorgere la responsabilità indiretta della Provincia ove sia rimasta esclusa la colpa del personale sanitario o di custodia; nè può affermarsi la responsabilità contrattuale della Provincia per il solo fatto che l'alienato sia stato internato previo deposito delle spese di mantenimento.

Può essere causa di danno risarcibile la morte anticipata di persona affetta da malattia inguaribile.

(Corte di Cassazione di Roma, sentenza 30 novembre 1923, ric. Vivoli).

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Assunzione di medici per il Congo Belga.

Il Commissariato Generale dell'Emigrazione ci scrive:

On. Signor Direttore del *Policlinico*.

Questo Commissario Generale, nell'intento costante di procurare conveniente impiego all'estero alla nostra classe intellettuale, è oggi in grado di far noto che la colonia del Congo Belga ammette al suo servizio medici chirurgi e veterinari di nazionalità straniera.

Accludo un esemplare del regolamento del Ministero delle Colonie in Bruxelles per l'assunzione di medici chirurgi e un modello per le domande di iscrizione e sarò grato alla S. V. se vorrà dare la più grande pubblicità a questo annunzio.

Quei laureati che credono di avere i requisiti fisici per vivere al Congo e che intendano di prestarvi l'opera loro potranno rivolgersi direttamente a questo Commissariato Generale per essere presi in nota in tempo utile per l'iscrizione ai corsi speciali, che i candidati prescelti dalle Autorità Belge dovranno subire in Bruxelles.

Questo Commissariato Generale si mette fin da ora a disposizione di chiunque volesse avere notizie supplementari.

Gradisca, Signor Direttore, i miei vivi ringraziamenti per la cortese collaborazione che, ne son certo, Ella vorrà darmi in questa circostanza ed accetti l'espressione migliore della mia perfetta considerazione.

Il Commissario Generale: DE MICHELIS.

Abbiamo già pubblicato l'anno scorso il programma per l'assunzione di medici per il Congo Belga comunicatoci a suo tempo direttamente dal Ministero degli Affari Esteri del Belgio.

Per comodità dei nostri abbonati diamo nuovamente notizia delle pratiche necessarie per ottenere la nomina a medico coloniale per il Congo.

Le condizioni per l'assunzione sono le seguenti:

1) Età non superiore a 35 anni.

2) Visita medica a Bruxelles allo scopo di accertare che il candidato possiede i requisiti fisici necessari per il soggiorno nei paesi tropicali.

3) Seguire un corso della Scuola di Medicina Tropicale, ed essere approvati all'esame finale. Tali corsi durano ognuno quattro mesi e si iniziano il 1° aprile ed il 1° ottobre. Durante il corso il candidato riceve un'indennità giornaliera di 20 fr.

4) Conoscere la lingua francese in modo da parlare e scrivere correntemente.

5) Seguire a Bruxelles un corso di odontoiatria ed esibire un certificato o diploma di aver frequentato un corso di odontoiatria.

La ferma è per tre anni con possibilità di conferma.

Per gli stranieri lo stipendio è di 25,000 franchi belgi, più indennità di caro viveri, ed indennità di funzioni Fr. 2000 che non viene assegnata quando il medico chieda ed ottenga di esercitare la libera professione.

Oltre a ciò vien corrisposta un'indennità di entrata in campagna di Fr. 1200, le spese di viaggio Belgio-Congo e Congo-Belgio, ecc.

L'alloggio è a carico della Colonia.

Cronaca del movimento professionale.

Per il Collegio convitto di Perugia.

La segreteria dell'Istituto ci comunica:

Dalle nuove Provincie, alle quali è stato recentissimamente esteso il vantaggio della previdenza per gli Orfani dei Sanitarii, rappresentato dall'Opera Pia «Collegio Convitto in Perugia», è giunta la prima prova di solidarietà che è riescita sommamente gradita agli amministratori dell'Istituto. Sono cento lire che il farmacista sig. Castro Ettore di Parenzo (Istria), ha offerto per onorare la memoria del proprio fratello, pure farmacista, spentosi in Trieste, dove era circondato di grande considerazione.

Negli Ordini dei Medici.

NUOVI CONSIGLI.

NAPOLI. — *Presidente:* prof. Giunio Salvi; *segretario:* prof. Bonaventura Majolo; *tesoriere:* dott. Luca Di Napoli; *consiglieri:* prof. Bruni Carmelo, dott. Pace F. Domenico, Della Cioppa Angelo, Scaramellino Tommaso.

SONDRIO. — *Presidente:* dott. Alfredo Martinelli; *segretario:* dott. Romedi Cesare; *tesoriere:* dott. Giacomoni Ulderico; *consiglieri:* dott. Muttoni Giuseppe, prof. Schiantarelli Salvtore, dott. Muggia Giuseppe, Sertoli Giuseppe.

TORINO. — *Presidente:* prof. comm. Pinaroli Guido; *consigliere anziano:* dott. cav. San Pietro Ezio; *segretario:* dott. cav. Bossi Mario; *tesoriere:* dott. Amati Ernesto; *consiglieri:* dott. Imperiale Francesco, Ortalda Giuseppe, Garosci Nicola.

VICENZA. — *Presidente:* dott. cav. Jacopo Colbertaldo; *segretario:* dott. Egisto Rasia Dal Polo; *tesoriere:* dott. Giuseppe Formenton; *consiglieri:* dott. Scabia Ercole, Coriolato Verità, Selmo Girolamo, Franceschini Giovanni.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AREZZO. *RR. Spedali Riuniti.* — Alle ore 12 del 29 feb.: Primario medico pediatra, aiuto chirurgo, medico chirurgo assistente. Vedi fasc. 7.

BAGNARA DI ROMAGNA (*Ravenna*). — Scad. 29 feb. L. 7500 e 5 quadrienni dec., L. 2000 cavallo, L. 500 uff. san., c.-v.

BRESCIA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Alle ore 18 del 9 marzo, medico direttore; L. 18,000 lorde e 4 quadrienni decimo; c.-v. come impiegati dello Stato; indenn. missione (L. 30 e L. 50 al giorno, secondo che vi sia o no pernottaz.). Età mass. 40 anni al 7 febbr. Laurea da 5 anni Voti nei singoli esami. Tassa d'esame a mezzo di cartol. vaglia di L. 50,05. Divieto di esercizio privato. Serv. entro 15 g., salvo giustificato motivo. Rivolgersi Presidenza del Consorzio presso la Segreteria comunale.

CAMPOTOSTO (*Aquila*). — Scad. 29 feb. L. 8200 fino a 1500 pov.; addizion. L. 5; disag. resid. L. 1800; uff. san. L. 500; eventualm. c.-v.; L. 2000 servizio cavalc. Ab. 3289; capoluogo, 2 fraz. e una borgata. Età lim. 40.

CARLAZZO (*Como*). — L. 6000. Capitolato tipo. Scad. 29 feb.

CASSANO IRPINO (*Avellino*). — Al 4 marzo; stip. L. 4500 (*sic*) e 3 quinq. decimo; L. 300 uff. san. Età lim. 45. Ab. 1885; ristrettissima lista poveri; acqua e clima saluberrimi.

CODOGNO (*Milano*). *Civico Spedale.* — Medico primario; L. 4000 nette e 4 quinq. decimo, c.-v. Indicaz. dei voti riportati nelle singole materie. Cinque anni di pratica o tre di assistentato effettivo in clinica med. univers. Prova biennale. Serv. entro il 1° aprile. Scad. 29 febbraio.

COMO. *Amministrazione della Provincia.* — Medico di 1ª Classe del Manicomio; fino alle ore 26 del 10 marzo; titoli scientif. e prat.; età lim. 40; tassa d'ammiss. L. 50; stip. L. 10,5000 e c.-v. (25 %-45 % secondo lo stato di famiglia); alloggio ed orto dietro corresponsione di L. 500; è interdetto l'eserc. libero, ma sono consentiti incarichi speciali.

COTTANELLO (*Roma*). — A tutto il 20 marzo. Stip. e indennità conglobate L. 10,600. Chiarimenti dalla Segreteria Comunale.

CREMONA. *Consiglio degli Istituti Ospedalieri.* — Direttore sanitario e dirigente comparto medico; vedi fasc. 5. Scad. ore 16 del 29 febbraio.

CERVETERI (*Roma*). — Per le frazioni; a tutto il 5 mar.; L. 9000 e doppio c.-v.; 5 quadrienni dec.; L. 2000 cavalc. Chiedere annunzio.

FOLIGNO (*Perugia*). — Concorso Medico Primario Ospedale differito.

GRAGLIA (*Novara*). — Consor. con Muzzano; lire 6000 per 300 pov.; addizion.; L. 500 uff. san.; L. 2000 mezzi trasp.; indenn. complem. L. 1200. Età lim. 35. Montagna. Scad. 29 febbraio.

GUARDAVALLE (*Catanzaro*). — Due cond. Scad. 29 feb. L. 6000 senza altra indennità (*sic.*).

MILANO. *Pio Istituto di S.ta Corona.* — Medico Direttore della Colonia Marina, Istituti elioterapico-chirurgico e profilattico in Pietra Ligure: vedi fasc. 6. Scad. ore 17 del 5 marzo.

MONASTIER (*Treviso*). — Scad. 12 marzo. Stip. L. 6000 fino a 1000 poveri; L. 2 ogni povero in più; Ind. trasporto L. 2500 obbligo cav. od automezzo; Ind. c.-v. L. 1200; Uff. Sanit. (se incaricato) L. 400. Richiedesi servizio in Ospedale o Condotta come Medico-Chirurgo-Ostetrico per due anni. Documenti di rito. Assunzione servizio un mese notifica.

MONTEPULCIANO. *RR. Ospedali Riuniti di S. Oristofano.* — Direttore sanitario-chirurgo operatore. Scad. 28 feb. Vedi fasc. 5.

OTRICOLI (*Perugia*). — Al 29 feb. L. 6000 fino a 1000 pov.; addizion. L. 2; doppia indenn. c.-v. di L. 1200 ciascuna; mezzo trasp. fornito dal Comune. Serv. entro 15 g. Ab. 2170; m. 210 s. M. Chiedere annunzio.

RIVAROLO DEL RE (*Cremona*). — Proroga ore 12 dal 29 febbraio. Vedi fasc. 4.

ROMA. *Croce Rossa Italiana.* — Medico aiuto nel Sanatorio Cesare Battisti presso Roma; L. 700 mens. compreso: c.-v., vitto, alloggio. Scad. 15 mar. Età lim. 35. Stato di fam. Chiedere dettagli alla Sede centrale, Ufficio II, Via Toscana 12.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Il concorso a direttore dell'Osped. di Derna è prorogato al 29 febbraio.

TORRE DEI PICENARDI (*Cremona*). — L. 7800 resid.; per 1000 pov. L. 2000; uff. san. L. 500; trasp. L. 4000; ambulat. L. 300; c.-v. Scad. 2 marzo.

TRAREGO (*Novara*). — Consor. con Viggiona; kmq. 16, m. 785 s. M., ab. 912, con circa 50 pov.; L. 6000 resid., L. 500 uff. san., L. 500 indenn. alloggio, doppio c.-v.; Scad. 5 mar. Serv. entro 15 giorni.

Offresi assistente tecnica tedesca; competentissima in radiologia, chimica clinica, batteriologia, microscopia in genere e sierologia. Lunghissima esperienza personale; referenze e certificati di prim'ordine. Indirizzare: E. Holter, S. Maria della Cabena, 93, Catania.

CONCORSI A PREMIO.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Concorso a due *premi Riberi*, dell'importo di L. 1000 ciascuno, da assegnare alle migliori memorie redatte da ufficiali del R. Esercito e della R. Marina sui temi seguenti: 1) *La razione alimentare del soldato italiano in pace ed in guerra;* 2) *L'autolesionismo nelle sue varie forme e nei suoi esiti. Importanza della sua diagnosi precisa e precoce nei riguardi militari.* Per informazioni rivolgersi alla Direzione centrale del Servizio sanitario militare. Scad. 31 dicembre 1924.

NOTIZIE DIVERSE.

Il prof. Castex a Roma.

Nella scorsa settimana abbiamo avuto la visita del prof. Mariano Castex, direttore della I Clinica Medica di Buenos Aires, inviato ad inaugurare l'intercambio culturale tra la Repubblica Argentina e l'Italia. Questo intercambio culturale, frutto del tenace e appassionato lavoro del Ministro della Repubblica Argentina in Italia, dott. Fernando Perez, può ormai considerarsi un fatto compiuto. Esso, mentre da un lato serve a farci conoscere ed apprezzare i valori intellettuali della giovane Repubblica sorella, dirigerà una corrente di scienziati, letterati e artisti italiani in Argentina per cicli di conferenze e di lezioni.

La scelta del prof. Castex non poteva cadere più opportuna, perchè, egli oltre a rappresentare, benchè giovanissimo, un'autorità scientifica di grande valore, è un vero amico dell'Italia e della scienza italiana.

Egli nella Clinica del prof. Ascoli ha svolto una brillante lezione agli studenti sulle porpore emorragiche portando un notevole contributo personale. In seno all'Accademia medica ha svolto una sua comunicazione sull'interessante capitolo dei rapporti tra funzione splenica e pancreatica.

Tanto nella sua lezione che nella comunicazione il Castex ha avuto campo di dimostrare la sua erudizione clinica, la facile e brillante esposizione. Egli ha lasciato nel mondo medico romano l'impressione del suo alto valore clinico e della sua simpatia personale.

Commemorazione di Agostino Bassi.

Inaugurando, il 6 corr., il Corso di perfezionamento in Igiene per gli ufficiali sanitari, il prof. Sanarelli ha commemorato Agostino Bassi, innanzi a un folto uditorio raccolto nell'anfiteatro dell'Istituto d'Igiene di Roma.

Il prof. Sanarelli ha parlato con grande fervore della vita e delle opere del grande precursore lodigiano.

Egli lo ha seguito, passo passo, nei suoi sforzi ingegnosi e tenaci, nelle sue delusioni iniziali ed, infine, nei suoi esperimenti mirabili che condussero alla scoperta dell'agente patogeno del «calcino» nei bachi da seta, alla dimostrazione del meccanismo d'azione e dei razionali metodi di difesa e di lotta contro di esso.

Le scoperte di Agostino Bassi costituiscono, come è noto, i primi fondamenti sperimentali di quella dottrina dei contagi viventi che doveva, più tardi, trovare il suo prodigioso sviluppo nell'opera di Luigi Pasteur.

Il prof. Sanarelli ha affermato che questi due nomi non possono andare disgiunti, nella storia della moderna biologia, dimostrando che spetta indiscutibilmente ad Agostino Bassi il titolo di pioniere e di fondatore della teoria parassitaria e delle cure parassiticide ed antisettiche. Tutti gli esperimenti di lui, compiuti fra il 1816 e il 1835, risultano, infatti, eseguiti ed esposti nei suoi scritti, con tale rigore dimostrativo, da reggere perfettamente alla più severa critica moderna.

Ma il Bassi non si limitò a studiare una malattia contagiosa dei bachi da seta. Egli spaziò altresì nel campo della patologia umana e, con argomenti analogici che ci stupiscono, oggi, per la loro profonda esattezza e per la loro prodigiosa lungiveggenza, dimostrò come molte malattie dell'uomo, degli animali e delle piante, si comportino come il «calcino»: sono cioè, d'indole infettiva, dovute a contagi viventi, capaci di riprodursi e di moltiplicarsi nell'organismo infetto! Il vaiolo, la peste, il colera, la sifilide, la rabbia, la gonorrea..... sono considerate, nelle opere di Agostino Bassi, come malattie causate da esseri microscopici, dotati di facoltà riproduttive e di azione patogena specifica.

Quando si pensi che siffatte idee venivano sostenute da uno studioso quasi cieco e che, vivendo nella quasi indigenza, lavorava in casa con mezzi assolutamente rudimentali, in un'epoca nella quale la genesi delle malattie infettive era dominata, nel modo più incontrastato, dalle dottrine della generazione spontanea, delle forze catalitiche e delle vibrazioni molecolari, non si può a meno di rimaner compresi di profonda ammirazione!

Il prof. Sanarelli, sciogliendo un inno alla gloria immortale di Agostino Bassi, ha proclamato che l'Italia deve oggi onorarne la memoria con la medesima devozione con cui, ieri, il mondo intero ha celebrato quella, grandissima e imperitura, di Luigi Pasteur.

La commemorazione del prof. Sanarelli è stata molto applaudita.

L. V.

Per l'annessione di Fiume.

Il Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, prof. Luigi Silvagni, ha inviato il seguente telegramma al prof. Antonio Grossich, sen. del Regno, in Fiume:

«La Federazione degli Ordini dei Medici che cinque anni addietro nominava Lei suo consigliere onorario e poneva nell'Albo dei propri iscritti i medici di Fiume, ripete oggi a Lei ai colleghi tutti la affettuosa fraterna esultanza per l'annessione di codesta città italianissima. — *Presidente:* Luigi Silvagni».

È giunta la seguente risposta al prof. Silvagni: «Gratissimo Federazione Medici ringrazio Lei, presidente, per affettuosa fraterna esultanza annessione Fiume Italia patria adorata. — Senatore: Grossich».

Il XV Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana d'idrologia, climatologia e terapia fisica in Abbazia (giugno 1924).

Il Comitato ordinatore del prossimo Congresso Nazionale dell'Associazione, il quale in seguito al deliberato del Congresso di Palermo, avrà luogo in Abbazia nei primi giorni di giugno di questo anno, ha già iniziato i suoi lavori. Il 3 corr. ha avuto luogo a Trieste una grande riunione di tutti i membri del Comitato, convocata dal prof. Artu-

ro Castiglioni, il quale è stato delegato dal Comitato Centrale a dirigere i lavori di preparazione del Congresso ed assumerne la presidenza. Alla riunione intervennero i rappresentanti dell'Autorità sanitaria provinciale e della Sanità marittima, i sindaci e i delegati di tutti i luoghi di cura della regione, i rappresentanti delle Commissioni di cura e molti medici.

L'iniziativa di questo Congresso, che ha lo scopo precipuo di far conoscere ai medici italiani i luoghi di cura della Venezia Giulia, fu accolta con la più viva approvazione da tutti i partecipanti. La città di Fiume e la Commissione di Cura di Abbazia e quella di Laurana hanno già deliberato di preparare speciali festività in onore degli ospiti; una gita a Grado darà occasione di conoscere la bellissima spiaggia e gli stabilimenti balneari, lo stabilimento di cura di Portorose organizzerà una gita speciale dei congressisti alla volta del ridente luogo di cura, ed infine mediante una gita a Brioni i congressisti avranno occasione di conoscere le bellezze di quell'isola. In assenza del prof. Devoto, presidente generale dell'Associazione, impedito d'intervenire alla riunione, il prof. Andrea Vinaj di Milano portò l'adesione ed il plauso del Comitato centrale. I signori dott. Coporchich (Abbazia) e Marchesini (Grado), furono eletti a vicepresidenti del Comitato ordinatore e il dott. Kurz (Abbazia) fu nominato segretario generale.

Dato il generale e vivissimo interesse che si manifesta nei circoli medici di tutto il Regno per questo Congresso, che avrà certamente il carattere di un'alta manifestazione di italianità, e visto il grande favore col quale la proposta di questo Congresso è stata accettata tanto nei maggiori centri scientifici, quanto nei luoghi di cura della nobile regione, si può ritenere fin d'ora che il successo di questa riunione sarà assicurato. Il venerando sen. Grossich, il cui nome non è meno illustre nella storia della moderna medicina, che in quello degli avvenimenti politici del nostro paese, ha accettato la presidenza dal Comitato di onore del Congresso, del quale faranno parte i rappresentanti delle Autorità politiche e delle corporazioni scientifiche della Venezia Giulia.

Congresso di Medicina legale.

Il prossimo «Congresso di medicina legale dei Paesi di lingua francese» si terrà a Parigi, in maggio, sotto la presidenza del dott. Vallon.

Temi ufficiali in discussione: 1° «Studio medico-legale delle forme rare e anomale dell'imene», relatori prof. Pierre Parisot e dott. Lucien, di Nancy; 2° «La tabe in relazione agli infortuni industriali», relatori prof. Verger e dott. Lande, di Bordeaux; 3° «Il trattamento dei criminali nei petinenziari», relatore dott. Vervaeck di Brusselle.

Nella Università di Milano.

Il *Corriere della Sera* reca:

«Essendo stati portati a termine gli accordi coll'Ospedale Maggiore — che da solo conferisce 1200 letti e la loro gestione — con gli Istituti Clinici di perfezionamento, coll'Istituto dei Rachitici, coll'Istituto Vittorio Emanuele III, la Facoltà Medica e di perfezionamento disporrà per l'insegnamento clinico di circa 1800 letti, il che la pone per l'abbondanza di materiale clinico tra le prime di Europa».

Corsi di perfezionamento.

La «Lega degli Insegnati per Corsi medici feriali» in Berlino annunzia un corso feriale di perfezionamento dal 3 al 29 marzo. Per programmi e informazioni rivolgersi alla sede sociale (Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin N. W. 6, Luisenplatz, 2-4).

Alla Scuola medico-periziale giudiziaria e delle Assicurazioai sociali di Genova.

Nell'Università di Genova il 6 corr. mese si è inaugurato solennemente il 3° corso annuale della Scuola medico-periziale giudiziaria, in esecuzione al decreto 20946, e secondo le finalità del disposto dell'art. 209 del C. P. P. Il prof. Gian Giacomo Perrando, direttore dell'Istituto di medicina legale dell'Università, fece un'ascoltazione e applaudita prolusione su «La relatività delle condizioni d'annullamento del matrimonio», secondo gli articoli 105 e 107 del C. C., dinanzi a studenti e cultori della medicina giuridica e sociale.

Si è così felicemente iniziato il corso, ripartito nei suoi principali insegnamenti di: 1° medicina legale; 2° traumatologia; 3° infortunistica-medico-legale; 4° psichiatria forense; 5° polizia giudiziaria; tenuti dai proff. Perrando, Lusena, Alessandro Peri, Morselli, L. Tomellini, ecc.

A fine d'anno, secondo le norme del regolamento universitario vigente, saranno date da superare le prove teoriche e pratiche, degli inscritti aspiranti al regolamentare diploma rettorale di «medico perito-giudiziario e delle Assicurazioni sociali».

Nella stampa medica.

Ha iniziato le pubblicazioni l'annunziato organo di medicina biologica, che reca il titolo «La Rinascenza Medica»; è diretto dal prof. Carlo Martelli. Gli uffici hanno sede a Napoli, Corso Umberto I, 154.

Auguri.

Elargizione.

Il cav. Gaspare Testa ha donato L. 3000 alla Clinica medica di Roma, per incoraggiare gli studi sull'insulina che si compiono in questo Istituto. L'Università e la Clinica hanno espresso sensi di ringraziamento al munifico donatore.

Sulla insulinoterapia.

L'Associazione dei medici della Czecoslovacchia, che ha sede a Praga, ha dedicato due sedute alla discussione della terapia insulinica del diabete. I rappresentanti delle cliniche di medicina interna riferirono sulla loro esperienza con varie preparazioni. In genere, i migliori risultati si ebbero da prodotti europei; corrisposero meno bene quelli originarî di Toronto, perchè a quanto pare si sono inattivati.

Si è spento improvvisamente il prof. GIUSEPPE BADALONI, che dal 1906 reggeva con intelligenza e con zelo impareggiabile i servizi sanitari della provincia di Roma.

Fu il primo in Italia ad occuparsi d'igiene scolastica ed a propagandarne i nuovi metodi razionali. Su questo argomento scrisse opere che fanno testo; esse gli valsero alte distinzioni dei Corpi scientifici italiani e stranieri e la carica d'ispettore generale per l'igiene scolastica presso il Ministero della P. I., posto da lui coperto per molti anni.

Conseguì la docenza in igiene nell'Università di Bologna. Fu un apostolo dell'igiene in un ambiente difficile e restìo alle innovazioni.

Funzionario instancabile e integerrimo, era stimatissimo dai colleghi e dal pubblico, poichè portava in ogni problema, in ogni contingenza, un sentimento di equanimità, di avvedutezza, d'iniziativa, di responsabilità. Insignito delle più alte onorificenze, apprezzato universalmente per la vasta coltura, era però di una modestia eccezionale.

Patriota fervente, era stato garibaldino e durante la grande guerra aveva spiegato molta attività quale maggiore medico, occupandosi della organizzazione ospedaliera per i feriti gravi.

Da pochi giorni aveva lasciato l'ufficio di medico provinciale per sottoporsi ad un grave intervento nella Clinica chirurgica universitaria; ma poche ore prima di lasciarci, egli si era recato ancora nel suo studio, in Prefettura, per lavorare... La tarda età — egli contava più di 70 anni — e la salute scossa da altre malattie, non gli hanno consentito di combattere e vincere il grave morbo che lo aveva ora colpito.

Il prof. Badaloni era nativo di Recanati.

Al fratello, sen. dott. Nicola, alla vedova signora Linda, alle figlie, vadano le nostre profonde condoglianze.

I funerali riuscirono imponentissimi per il largo concorso di medici, amici e funzionari di Stato. Parlarono il prefetto della provincia comm. Zoccoletti, il comm. Messea del Ministero degl'Interni, il prof. Gallenga per l'Ordine dei Medici, il prof. Pecori per i medici municipali ed i rappresentanti dei farmacisti e dei veterinari.

I. C.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Brit. Med. Journ., 27 ott. — E. SHARPEY SHARFER. Rapporti tra chirurgia e fisiologia. — A. LANE. Stasi intestinale cronica e cancro.

Ibidem., 10 nov. — J. BLAND-SUTTON. Teologia dei tumori. — W. RUSSELL BRAIN. Singhiozzo epidemico ed encefalite letargica.

Presse Méd., 7 nov. — LÉON-MEUNIER. La dispepsia duodenale. — 10 nov. — C. RICHET. Le vie non sensoriali della conoscenza e il metodo sperimentale. — 14 nov. — G. MARINESCO, D. PAULIAN e S. DRAGANESCO. Periarterite nodosa.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 10 nov. — J. RACHÉS BARIUS. Lo stato mentale degli eunucoidi.

Folia gynecol., 1. — E. BRUGNATELLI. Radiumterapia delle metriti emorragiche. — M. ARCIERI. Tub. genit. femm. nell'infanzia e suoi postumi nell'età adulta.

Journ. Méd. Franç., ag. — Numero sul «laboratorio della sifilide».

Mediz. Klinik, 11 nov. — R. SCHMIDT. Il mezzo costituzionale e sintomatico dell' « ipertensione essenziale ».

L'Encéphale, sett.-ott. — H. CLAUDE, A. BOREL e G. ROBIN. Costituzione schizoide e costituzione paranoica.

Osped. Magg., 31 ott. — L. CAPPONAGO. Sulla cura chirurgica delle emorroidi.

Journ. d. Prat., 27 ott. — EM. SERGENT. Pneumotorace latente e pneumotorace larvato.

Journ. A. M. A., 3 nov. — R. H. IVY e J. L. APPLETON. Tbc. della cavità orale. — G. STERN. Arthrogryposis multiplex congenita. — A. HAMILTON PEACOCK. Studio clinico degli ureteri.

Lancet, 17 nov. — A. J. CLARK. Le influenze commerciali sulla terapia.

Deut. Mediz. Woch., 16 nov. — P. SCHILDER. Psicologia della schizofrenia e della parafrenia. — W. BRANDT. Enterite da balantidium e sua cura.

Paris Méd., 3 nov. — Numero sulle malattie infantili.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 28 ott. — V. SCIMONE. Forma analgesica dell'ulcera duodenale.

Soc. Méd. d. Hôp., 1 nov. — A. LEMIERRE. Disordini psichici nell'azotemia.

Ibidem, 2 nov. — AMANDRUT. Nuovo apparecchio per il pneumotorace artificiale.

Pathologia, 15 nov. — G. SANGIORGI. Emanazione di radio ed anafilassi.

Amer. Journ. Med. Sciences, nov. — L. JONAS e altri. Sull'insulina. — N. WILEY JONES. Incontinenza ileo-cecale. — R. B. BIBF. Il violetto di genziana nell'empiema.

Brit. Med. Journ., 17 nov. — W. G. SPENCER. La melanosi.

Presse Méd., 17 nov. — C. FOIX e I. NICOLESCO. Le grandi sindromi di disintegrazione senile cerebro-mesencefalica.

Münch. Mediz. Woch., 16 nov. — H. CURSCHMANN. Fame e malattie.

Minerva Med., 15 nov. — P. GIRARDI. Valore diagnostico del contenuto gastrico a digiuno.

Archivos de Med., Cir. y Esp., 17 nov. — M. H. FISCHER Fisiologia dell'apparato vestibolare umano.

Folia Medica, 15 nov. — P. CASTELLINO. Eczema e anafilassi.

Presse Méd., 21 nov. — O. CRONZON. Dorsalizzazione della VII vertebra cervicale.

Boston Med. a. Surg. Journ., 8 nov. — C. H. LAWRENCE. Causa della recidiva dei sintomi dopo remozione dell'appendice.

Ann. Faculd. de Medic., Montevideo, sett.-ott. — A. TURENNE. Lo stato di shock in ginecol. — S. GARMENDIA. Profilassi della paral. gener. — J. TRAVIESO. Sifiloma recidivante.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 nov. — Numero sulla medicina sociale e legale.

Gazz. Osped. e Clin., 18 nov. — A. RUTOLO. Necrobiosi da torsione dell'idatide sessile di Morgagni.

Ann. di Clin. Med., 15 sett. — M. LOMBARDO. Esame funzion. del feg. — S. LATTERI. Alterazioni del timo nell'intossicaz. cloroform. sperim. — M. GIUFFRÈ CIPOLLA. Virus erpetici.

Presse Méd., 23 nov. — L. BERNARD. Cure climatiche e idrominerali nella tub. polm.

Paris Méd., 1 dic. — Numero sulla terapia.

Stomatol., 30 sett.-31 ott. — C. BRUGNATELLI. La anestesia in odontoiatria conservativa.

Münch. Mediz. Wochens., 30 nov. — M. PFAUNDLER, A. WISKOTH, J. TRUMPP. Profilassi del gozzo.

Giorn. di Med. Milit., 1 dic. — A. LUSTIG. La chimica in guerra e i gas asfissianti.

Deut. Mediz. Wochens., 30 nov. — J. STRASBURGER. Utilizzazione delle emanazioni di radio raccolte nei grassi.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 29 nov. — G. A. PARI. Distribuzione regionale della pressione sanguigna nell'insufficienza aortica.

Annales Paulislas de Med. e Cir., ott. — S. S. PESSÔA. Trattamento dell'anchilostomiasi.

Ann. d'Igiene, nov. — D. DE BLASI. Fenom. paradosso e zona intercalata in siero agglutinante antimelitense. — T. DE SANCTIS-MONALDI. Vitamine A e B. — N. PICCALUGA. Stafilolisine. — A. ANTONIBON. Azione del petrolio sulle larve di zanzara.

Minerva Med., 1 dic. — A. FULCHIERO. Il cuore alternante.

Presse Méd., 1 dic. — R. LUTEMBACHER. Disturbi funzionali del cuore.

Edinb. Med. Journ., dic. — W. T. RITCHIE. La risposta del cuore allo stato di salute e di malattia.

Pediatr., 1 dic. — G. GENOESE. Acetone rachidiano.

Lancet, 1 dic. — F. W. MOTH. Vis medicatrix naturae.

Pathologica, 1 dic. — C. BERTONE. Otturazione dell'intestino da calcoli biliari.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, n. 18. J. TH. PETERS. Diagnosi della ipo- ed ipertensione.

Ibidem, n. 19. — M. VAN DER HOFF. Risultati finali di un centinaio di trasfusioni di sangue. — C. VAN LEERSUM. Influenza dell'ematoporfirina sulla deposizione del calcio nelle ossa di ratti rachitici.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI   Roma, 3 Marzo 1924   Fasc. 9

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

CONFERENZE.

Lo stato attuale della diagnostica e della terapia delle malattie gastro-intestinali

per il prof. PAOLO ALESSANDRINI.

Apriamo un trattato di patologia di 50 anni fa: accanto a notizie anatomiche abbastanza esatte sull'ulcera e sull'epitelioma gastrico troviamo che all'infuori di due sintomi capitali del tumore palpabile nel caso di epitelioma e dell'emorragia nel caso di ulcera la sintomatologia è confusa e non caratteristica. Dove poi la fantasia umana si sbizzarrisce in un delirio d'ipotesi e di teorie è nel campo delle affezioni gastriche *sine materia*, che costituivano e costituiscono ancora oggi il gruppo numericamente più importante delle malattie di stomaco e d'intestino.

Nel 1783 il Cullen aveva tentato nel grande gruppo delle dispepsie sine materia di fare una distinzione e separò una forma sintomatica di un processo infiammatorio cronico ed una forma idiopatica. Sorgeva così il concetto di gastrite che col Broussais nel 1820 doveva assorbire quasi tutte le forme organiche o funzionali dello stomaco, come la colite diffusa o circoscritta, o tiflite rappresentavano quasi tutta la patologia intestinale.

Accanto a questa scuola sorse quella del Duplay, Rosenbach, Bouchard, che a base della patologia gastrica ponevano la dilatazione di stomaco.

In questo dualismo si dibatteva la patologia dell'apparecchio digerente, quando sorse il nuovo astro, la chimica dei processi digestivi. Gli studi della scuola di Pawlow, che avevano gettato una luce nuova nella fisiologia della digestione aprirono adito alle più audaci speranze che la loro applicazione alla patologia non solo potesse rappresentare un valido aiuto per la diagnosi delle organopatie, ma che potesse risolvere il problema diagnostico e patogenetico delle dispepsie sine materia. E così lo studio dei fenomeni chimici della digestione percorse un cammino da trionfatore, e dominò la diagnostica gastrica per oltre trenta anni, sovrapponendosi ai confusi dati che l'antico nosografismo ci aveva tramandati.

L'idea di esaminare il contenuto gastrico nel corso della digestione allo scopo di determinare la natura del lavoro eseguito dallo stomaco allo stato fisiologico e patologico rimonta al Lëube, che applicò allo studio degli atti digestivi la pompa gastrica, già preconizzata da Kussmaul a scopo terapeutico. Egli faceva prendere pasti abbondanti ed esaminava dopo un certo tempo (di cui aveva fissato il limite normale a sette ore) se lo stomaco si era liberato dal suo contenuto.

Più tardi, riconoscendo l'insufficienza di questo procedimento, si preoccupò delle qualità chimiche del succo gastrico. Faceva ingerire acqua fredda ai suoi malati e vuotava lo stomaco dopo un certo tempo. Otteneva così un liquido, di cui ricercava l'acidità e determinava il potere digestivo colle digestioni artificiali. Spetta però ad Ewald e Boas il merito di avere volgarizzato il metodo a scopo diagnostico. Essi hanno istituito un metodo di esame che comprende: la somministrazione di un pasto di prova determinato, l'estrazione del contenuto gastrico un'ora dopo, il dosaggio dell'acidità totale, le ricerche dell'HCl libero e dei fermenti degli acidi grassi e dei peptoni, le digestioni artificiali. Il metodo di Ewald e Boas si diffuse rapidamente, però a scopo clinico si riconobbe sufficiente la sola ricerca dell'acidità totale e la determinazione dell'HCl libero, e si ritenne superflua la ricerca della pepsina nei casi in cui esisteva HCl libero; mentre quando esso era assente oltre alla pepsina si ricercava l'acido lattico.

Sia a scopo clinico che scientifico si proposero numerose reazioni oltre che per dosare l'HCl libero anche per determinare la quantità di HCl che risultava combinato all'albumina. Del valore di tali reazioni dal punto di vista chimico come pure della loro utilizzazione a scopo diagnostico si è occupata la letteratura medica degli ultimi trenta anni.

Una serie notevolissima di ricerche ebbe di mira oltre che lo studio del chimismo lo studio della motilità gastrica e furono proposti una serie di metodi complicati, quali quello del Mathieu, del Roux e Jaboulais, del Goiffon e del Meunier, per non citare che i principali, i quali però non davano maggiore luce del metodo primitivo del Leube, del sondaggio cioè dello stomaco digiuno, specialmente se nei casi di reperto negativo si utilizzava per lo studio l'acqua di lavaggio.

***

Il valore dei metodi di ricerca chimica è stato recentemente sottoposto ad una revisione e sono caduti molti degli edifici dottrinali e nosografici che su di esso erano basati. Lo Schuetz tra gli altri ha sottoposto a un'analisi critica i rapporti tra i valori dell'acidità e del contenuto in fermenti del succo gastrico estratto dopo colazione e pasto di prova ed il grado di digestione degli alimenti nello stomaco ed ha trovato spesso una notevole discordanza; ha riscontrato infatti che spesso si osservano alimenti pochissimo digeriti in casi in cui l'esame del succo gastrico dava valori normali o più alti del normale; viceversa in casi di achilia ha riscontrato una digestione perfetta.

Egli ha inoltre osservato che tra i casi che (in base ai dati della colazione di prova) risulterebbero di ipercloridria esistono alcuni in cui l'esame del succo gastrico praticato col metodo delle curve di secrezione (vale a dire studiando il comportamento dell'acidità per tutta la durata del periodo digestivo invece che solo dopo un'ora dall'ingestione del cibo) dimostra che il comportamento della secrezione è normale. In tali casi egli ha notato che esiste un ritardo nella secrezione del succo gastrico; questo ritardo fa sì che durante il primo periodo della digestione il riflesso pilorico è poco manifesto, per cui una certa quantità del contenuto gastrico fuoriesce rapidamente dallo stomaco; allora nel secondo periodo della digestione manca la diluizione del succo gastrico che normalmente avviene per parte degli alimenti e alla colazione di prova risulta una ipercloridria anche se i valori assoluti dell'HCl secreto sono scarsi. Quindi logicamente per questo fenomeno paradosso si potrebbero distinguere due tipi di iperacidità: una apparente ed una reale; la prima sarebbe dovuta ad ipermotilità, la seconda decorrerebbe con motilità normale o diminuita.

L'ipoacidità e l'anacidità possono essere simulate da fattori opposti: una diminuzione della rapidità di vuotamento associata o no ad un ritardo della secrezione del succo gastrico. In casi però di notevole ritardo del vuotamento (come si verifica per esempio in una stenosi pilorica o in una grave atonia gastrica) lo stimolo costante delle glandole peptiche può determinare valori molto alti di acidità anche in casi di scarso potere secretorio. Se invece si lava bene lo stomaco e poi si somministra la colazione di prova risultano valori scarsissimi.

I dati dell'esame del pasto di prova non hanno quindi valore se non giudicati in relazione alla motilità gastrica. Esiste, come dice l'Hayem, un'armonia tra funzione secretoria e motrice e la questione dell'ipercloridria e dei suoi rapporti coi disturbi di vuotamento è una delle più difficili a risolvere.

Altri fattori (oltre che il grado di vuotamento dello stomaco) influiscono ad alterare notevolmente i risultati del reperto chimico dello stomaco ed a togliere ad esso un valore assoluto come indice del lavoro digestivo delle glandole peptiche. Il contenuto gastrico estratto col sondaggio dopo somministrazione di pasto di prova risulta costituito, oltre che dal succo gastrico secreto, dal cibo ingerito e rimasto ancora nello stomaco un'ora dopo della sua ingestione, dalla saliva deglutita ed eventualmente dal succo duodenale refluito durante gli sforzi di vomito provocati dal sondaggio.

Le esperienze dello Skray hanno inoltre dimostrato che fattori psichici, quali lo stato di eccitazione prima e durante il sondaggio, come pure il grado di masticazione possono notevolmente influire sull'acidità del succo gastrico; e mentre la preoccupazione tenderebbe ad abbassare i valori dell'acidità, la masticazione insufficiente tenderebbe ad elevarli. E quello che è più interessante è che una masticazione insufficiente può dare una chimificazione cattiva nonostante una iperacidità.

Esistono dunque numerosi fattori variabili da caso a caso e nello stesso individuo variabili nei vari momenti, che tendono ad alterare notevolmente i risultati dell'esame del pasto di prova: il Gregersen ha infatti dimostrato che (anche mettendosi nelle condizioni più opportune di esame) i valori dell'acidità gastrica e dei fermenti nello stesso individuo variano notevolmente in giorni diversi.

***

Fino a qualche anno fa l'esame del succo gastrico era, si può dire, l'unico rivelatore dello stato funzionale dello stomaco e si comprende perciò come si sia andati troppo oltre nel voler basare ogni nostro giudizio clinico su piccole variazioni del grado dell'acidità gastrica e si siano create forme morbose artificiali, di cui alcune non hanno resistito alla critica. Accenno così solo alla malattia di Reichmann, o gastrosuccorea.

Reichmann nel 1882 per primo ha attirato l'attenzione sull'esistenza di succo gastrico la mattina a digiuno. Egli ne conchiuse che in certe condizioni patologiche lo stomaco possiede la proprietà di segregare succo gastrico, malgrado la mancanza di qualunque eccitazione alimentare. Cinque anni più tardi egli presentò uno studio completo sull'argomento e ammise due forme di gastrosuccorrea: una continua e una periodica. Nella forma periodica egli fece entrare i vomiti isterici a digiuno, le crisi gastriche della tabe, le crisi non tabetiche mal precisate, i vomiti periodici di Leyden, la gastroxinsi di Rossbach, ecc. Egli suppose per spiegarne la produzione una eccitazione dei nervi secretori legata o no ad una malattia dei centri nervosi.

Quanto alla forma continua (appoggiandosi sulla sua lunga durata e sugli altri disturbi che possono accompagnarla) non esitò ad ammettere che doveva essere attribuita ad alterazioni gravi e profonde dello stomaco. Stiller e Rosenthal ammisero però che la gastrosuccorrea anche continua potesse esistere *sine materia*, come un disturbo funzionale dei nervi secretori dello stomaco.

Chi portò un po' di luce nel problema fu l'Hayem, che in una serie di lavori, che s'iniziano nel 1893, dimostrò che la malattia di Reichmann è una manifestazione della stenosi del piloro; e le osservazioni riferite dal Reichmann dimostrano che egli non ha descritto che casi di stenosi pilorica.

Questo modo d'interpretare la questione sollevò notevoli discussioni, ma oggi il modo di vedere di Hayem è universalmente ammesso; il succedersi sempre più frequente degli atti operatori lo ha dimostrato luminosamente.

In qualche caso (quelli in cui non esistono segni di stenosi pilorica) la malattia di Reichmann sarebbe sintomatica di un'ulcera pilorica o justapilorica, che provocherebbero un aumento di secrezione e un pilorospasmo in via riflessa.

***

È sorto così in questi ultimi tempi un movimento reattivo contro una concezione puramente chimica della clinica delle malattie digerenti, giustificata dalle considerazioni suesposte. Un nichilismo completo però, una sva-

lutazione assoluta del fattore chimico, come alcuni vorrebbero, pecca anche esso di esagerazione e sarà nostro compito di esaminare il valore in seguito.

Il metodo del sondaggio gastrico a digiuno ha resistito più alla critica che non lo studio del succo gastrico estratto dopo colazione o pasto di prova. L'esame macroscopico, microscopico e chimico di esso potranno illuminarci non solo sulla motilità gastrica ma anche sulle condizioni organiche della mucosa. Anche la ricerca dell'acido lattico ha molto più valore se praticata sul contenuto dello stomaco digiuno o sull'acqua di lavaggio dello stomaco digiuno, giacchè dopo la colazione di prova può essere dovuta alla fermentazione lattica esistente nel pane.

Il metodo oramai di elezione per lo studio dell'apparecchio digerente è il radiologico. Larghissimo è stato il contributo che la radiologia ha portato alla conoscenza delle malattie dell'apparato digerente e alla risoluzione di importanti problemi riguardanti l'anatomia e la fisiologia normale e patologica dello esofago, stomaco e dell'intestino. La radiologia ha portato nel campo della fisiologia e patologia gastrica e intestinale una vera rivoluzione: ha svelato la forma dello stomaco e dell'intestino nella loro attività funzionale; ha permesso di seguire il complesso meccanismo della peristalsi e di analizzare la funzione pilorica. Mediante l'esame radiologico le minime alterazioni di posizione, le aderenze, le deformazioni gastriche e intestinali si rivelano in una maniera che si direbbe schematica; e sono sorti quadri morbosi ben definiti basati sui risultati di tale metodo d'indagine. L'esame radiologico ha infine creato una serie di criteri diretti ed indiretti atti a diagnosticare l'esistenza di un'ulcera e di un epitelioma gastrico e di stabilirne la sede, l'estensione e le complicazioni ed ha definito importantissime forme organiche a carico dell'intestino e dell'esofago.

Lo sviluppo che ha assunto la chirurgia gastrica e intestinale e i controlli che sono stati così permessi, hanno contribuito ai rapidi progressi del metodo. L'entusiasmo destato dai successi diagnostici controllati al letto operatorio ha però fatto sì che si è creata l'illusione che l'indagine radiologica potesse da sola risolvere i problemi spesso così complessi della patologia gastrica e intestinale. La patologia dell'apparecchio digerente, sfuggendo così al pericolo del chimismo bruto, che riduce a sterili formole chimiche, a un eccesso o a una deficenza di acidi o di fermenti la patogenesi della massima parte delle forme morbose, corre oggi il pericolo ancora più grave d'incappare in una concezione eccessivamente meccanica della patologia gastro-intestinale. Accenno solo ai problemi connessi colla ptosi, colla atonia e colla stitichezza: problemi eminentemente complessi, la cui analisi patogenetica e sintomatologica deve tener conto d'innumerevoli fattori.

Un'applicazione recente del metodo radiologico, che va sempre più prendendo piede, è rappresentata dal *pneumoperitoneo*. Esso è basato nella insufflazione nella cavità peritoneale di un certo volume di ossigeno, che insinuandosi tra i visceri opachi permette di esaminarne i contorni e dalle eventuali deformazioni stabilirne le alterazioni che li colpiscono. Tale metodo si presta mirabilmente a determinare nettamente le aderenze dello stomaco e dell'intestino e a stabilire i rapporti che tali organi assumono cogli altri visceri addominali in caso di affezioni di essi.

* * *

Un altro metodo diffuso in questi ultimi anni per la diagnosi delle affezioni dell'apparecchio digerente è *l'endoscopia*. Essa, nei casi dove è possibile praticarla, costituisce un criterio diagnostico sopratutto per la diagnosi delle organoterapie di gran lunga superiore alla radiologia, perchè sostituisce la visione diretta alla indiretta e permette in alcuni casi l'asportazione di elementi che vengono utilizzati per l'esame istologico.

Essa ha avuto la massima applicazione specialmente là dove le difficoltà tecniche erano facilmente superabili, come nel sigma e nell'esofago; ha avuto invece strenui avversari accanto a convinti sostenitori per quel che riguarda la gastroscopia. Non sempre le condizioni del paziente permettono la visione diretta dentro la cavità gastrica; quando però questo è possibile (e ciò coll'esercizio riesce sempre più facile) il poter determinare colla vista, che è il più sicuro dei nostri sensi, l'aspetto per esempio di una lesione ulcerativa, il colore, la forma, la sede, la estensione ed il carattere dei tessuti circostanti dà al nostro reperto un valore probativo certo superiore a quello che ci può essere fornito da qualunque altro mezzo d'indagine.

Dal punto di vista delle difficoltà tecniche dell'esame, viene prima la proctosigmoidoscopia, poi l'esofagoscopia e infine la gastroscopia.

Col sondaggio noi potevamo stabilire l'altezza del restringimento, e il grado: ma quanta incertezza nell'analisi delle sensazioni tat-

tili così trasmesse! Quanti dubbi sulla estensione e sopratutto sulla natura del restringimento! Quante difficoltà e quanti pericoli non s'incontravano nella estrazione alla cieca di certi corpi estranei nell'esofago; nè i raggi X portavano in certi casi un gran giovamento, perchè non tutti i corpi sono radioopachi.

L'uso dell'esofagoscopio associato allo studio radiologico ha si può dire creato in questi ultimi anni una patologia dell'esofago. La esofagoscopia ci permette inoltre l'introduzione delle sonde in casi di stenosi insormontabili. Essa ci dimostra spesso che sotto un esofagospasmo apparentemente primitivo rivelatoci all'esame radioscopico esiste un processo organico che lo determina.

Giunti coll'occhio a indagare tutte le porzioni dell'esofago fino al cardias era naturale che sorgesse prepotente il bisogno di spingere ancora più in basso lo sguardo fin dentro lo stomaco. E quando si cominciò a constatare che anche al di là del cardias si poteva giungere senza provocare danno con un tubo esofagoscopico parve troppo limitata la zona aperta fino allora al nostro sguardo, e di modello in modello sempre più perfezionato si arrivò al gastroscopio del Moure che ha permesso una diffusione sempre maggiore del metodo. Questo apparecchio ci permette di osservare tutta la superficie interna dello stomaco ad eccezione di una piccola zona del fondo che è però visibile coll'esofagoscopio.

***

Qui mi basterà solo di accennare a un altro mezzo d'indagine che ha avuto fortuna per qualche anno prima che l'esame radiologico e l'endoscopia fossero entrate nella pratica corrente; intendo cioè parlare della *gastrodiafania*. Il gastrodiafanoscopio consiste in un tubo di gomma semirigido, dentro a cui corrono i fili destinati a condurre la corrente elettrica dalla sorgente ad una lampadina elettrica, che, pur essendo piccolissima, dà una luce molto intensa ed è rivestita da una robusta oliva di vetro, che serve a proteggere la mucosa gastrica da eventuali ustioni.

Utile ancora è la gastrodiafania per la determinazione della posizione e del volume dello stomaco quando non si disponga di un apparecchio di raggi X: è noto infatti e, la radiologia lo ha luminosamente dimostrato, le numerosissime cause di errore che rendono assai difficile il compito di fissare per mezzo della percussione i limiti dello stomaco anche quando si ricorra alle polveri del Frerics, che fino a qualche anno fa dominavano la diagnostica gastrica. *(Continua).*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

LABORATORIO PATOLOGICO
PRESSO L'OSPEDALE DI SANTO SPIRITO IN ROMA
diretto dal prof. A. NAZARI.

Contributo allo studio della condropericondrite laringea tifica

per il dott. TOMMASO LUCHERINI, assistente degli Ospedali.

Ho creduto opportuno illustrare i due seguenti casi, che si prestano a considerazioni cliniche ed anatomo-patologiche degne di nota, quale contributo allo studio di una non frequente localizzazione extraintestinale dell'infezione eberthiana.

CASO I. — P. Mario, di anni 18, da Rimini, alunno del R. Riformatorio « N. Tommaseo » di Tivoli.

Si ignora l'anamnesi famigliare; in passato soffrì di pleurite destra; nega malattie venereo-luetiche. Temperamento nervoso.

Il 27 agosto 1923, essendo stato colto da febbre altissima fu ricoverato all'infermeria del R. Riformatorio « N. Tommaseo ». Con il consenso del dott. Scrocco, sanitario del Riformatorio, riferisco senz'altro l'estratto della storia clinica:

I Settenario. — Lingua patinosa, arida, arrossata ai margini; addome meteorico; gorgoglio in corrispondenza della fossa ileo-cecale. Temperatura elevata con lievi remittenze mattutine. Organi addominali nei limiti normali.

II Settenario. — Temperatura oscillante fra i 39° ed i 40°.

Modico tumore di milza. Comparsa di roseole fugaci sulla superficie cutanea addominale. Sensorio piuttosto ottuso; insonnia; stato delirante; sintomi di bronchite diffusa.

La *siero-diagnosi di Gruber-Widal* ha dato risultato positivo.

III Settenario. — Persistono con eguale intensità gli stessi sintomi. Comparsa di piaghe da decubito dorso-sacrali. Epistassi.

IV Settenario. — Attenuazione dei sintomi precedenti. Alla fine di questo settenario caduta della febbre per lisi. Persistono i sintomi del catarro bronchiale.

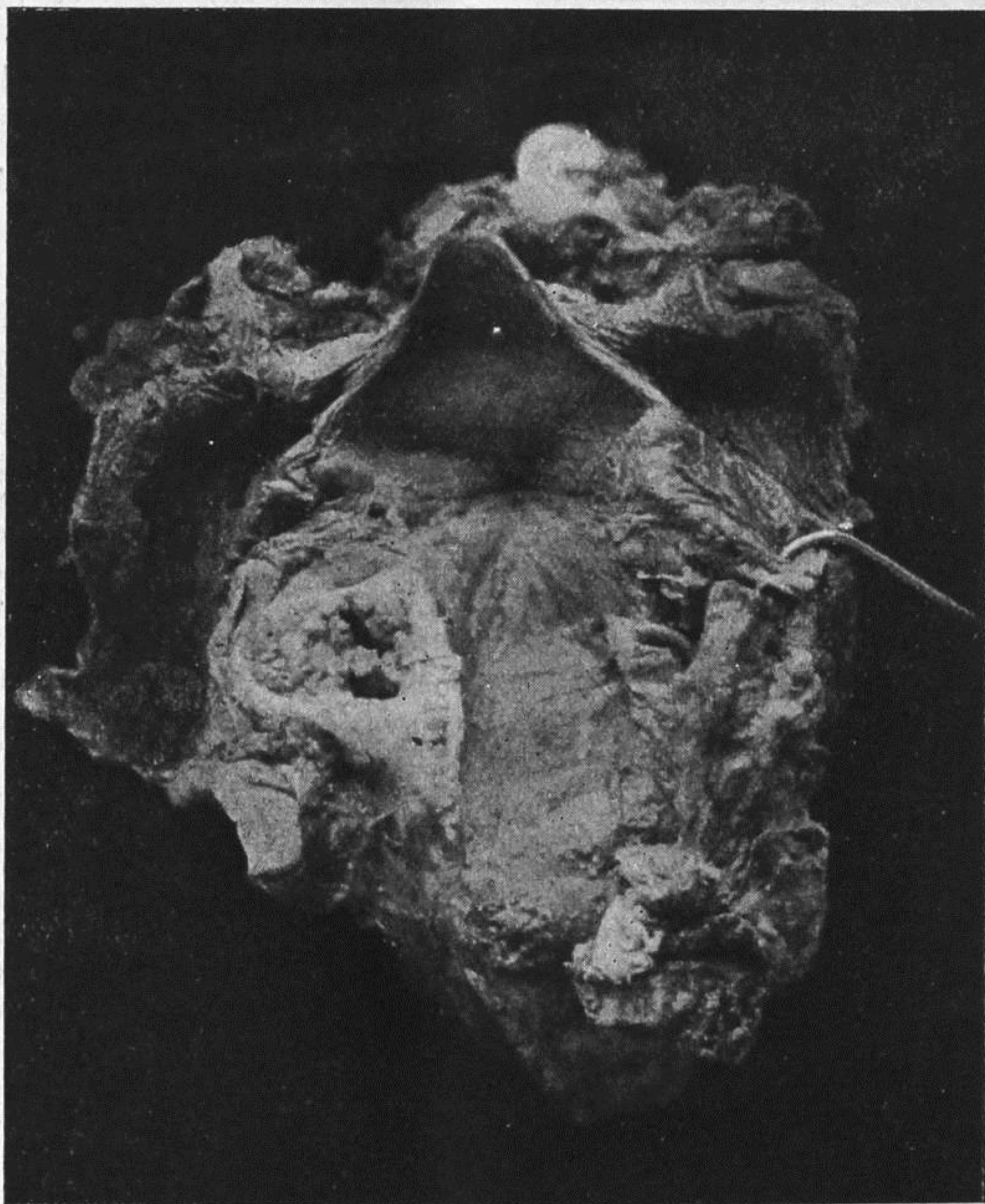
V Settenario. — Le condizioni generali migliorano rapidamente. Alvo regolare. Guarigione completa delle piaghe da decubito, sensorio normale.

VI Settenario. — Nelle prime giornate di questo settenario ricompare lieve elevazione termica serotina (37°.4-37°.5). Persistenza di questa temperatura nei giorni susseguenti. L'ammalato per la prima volta riferisce di sentire come del catarro alla gola che non riesce ad emettere. Non accusa dolore spontaneo alla gola; nè la pressione digitale esercitata sulla regione laringo-tracheale provoca dolore. La voce è chiara. Respirazione normale.

VII Settenario. — Perdura la lieve elevazione termica serotina. Al 5° giorno si nota lieve grado di dispnea. Al sesto giorno rapida e grave accentuazione della difficoltà respirato-

ria. Viene inviato d'urgenza all'ospedale civico di Tivoli per un pronto intervento operativo. Giunge in questo ospedale il giorno 13 ottobre.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali gravissime. Forte stato di irrequietezza. Cianosi intensa della cute della faccia, e delle mucose visibili. Abbondante sudorazione fredda nella fronte. Lingua patinosa, arida; polso piccolo, frequente (120 al m'); temperatura afebbrile; sensorio integro. Forte grado di dispnea a tipo prevalentemente inspiratorio ed accompagnata da uno stridore laringeo rumoroso (*cornage*), con rientramento delle parti cedevoli del torace. Afferma di non poter respirare liberamente.



Esame del faringe normale.

Non si riscontrano punti dolorosi alla pressione profonda della regione laringo-tracheale. Non si notano alterazioni della voce. Si palpano piccoli noduli gangliari duri nelle stazioni linfatiche del collo.

Torace. — Si ascoltano sibili e rantoli a grosse bolle diffusi su tutto l'ambito. Nulla all'esame dei polmoni e del cuore. Organi addominali nei limiti normali.

Si fa diagnosi di edema acuto della glottide e si stabilisce di ricorrere immediatamente alla tracheotomia. Ma mentre si stava per procedere all'intervento operativo il paziente muore.

Autopsia. — Miocardio flaccido; nulla nell'endocardio parietale e valvolare; normali i grossi vasi. Notevole congestione ed edema diffuso dei polmoni. Dai grossi bronchi fuoriesce abbondante secrezione mucosa. Aderenze pleuriche fibrose totali a destra. Organi addominali normali.

All'esame macroscopico della laringe, tagliata sulla linea mediana posteriore, si rileva iperemia ed edema delle corde vocali e della mucosa di tutta la cavità laringea. Non si notano nè essudati, nè noduli cicatriziali, nè ulcerazioni sia nell'epiglottide, che nella superficie mucosa della laringe.

Sulla linea di taglio in corrispondenza della porzione posteriore della cartilagine cricoidea si riscontra una cavità ascessuale, rotondeggiante, della grandezza di una nocciuola ripiena di pus giallastro, denso, in mezzo a cui risaltano sequestri cartilaginei del castone della cricoide. Questi appaiono erosi e di colorito giallo-brunastro in seguito al disfacimento necrotico.

L'ascesso condropericondritico è ben limitato e vi è integrità assoluta delle parti superficiali. (Vedi figura).

Esame istologico. — Questo è stato da me praticato nel laboratorio di Anatomia Patologica presso l'Ospedale di Santo Spirito in Roma:

Nelle sezioni a tutto spessore della cavità ascessuale praticate perpendicolarmente all'asse longitudinale della laringe, colorate con varii metodi, si vede che nel lume della cavità stessa sporge libera la cartilagine dell'anello della cricoide spogliata del pericondrio, con alterazioni necrobiotiche degli strati più superficiali della cartilagine. La parete ascessuale costituita dal connettivo del pericondrio e dalle parti molli della laringe (connettivo e muscoli intrinseci della laringe) presenta una ricchissima infiltrazione leucocitaria polinucleare suppurativa con alterazioni necrotiche dei tessuti. Da un lato la infiltra-

zione raggiunge i muscoli intrinseci della laringe circondandone e quasi dissociandone le fibre; dall'altro lato raggiunge lo strato delle glandole mucipare, *ma non raggiunge la mucosa laringea che presenta intatto il suo rivestimento epiteliale cilindrico.*

L'esame batterioscopico delle porzioni necrotiche della parete ascessuale dimostra la presenza di numerosi bacilli che si colorano col liquido di Löffler e che per il loro caratteristico modo di aggruppamento, e per i caratteri morfologici, e per il fatto che non sono Gram-resistenti, sembrano con ogni verosimiglianza bacilli del tifo. Non si notano altre forme batteriche.

CASO II. — R. Hermann, di anni 34, celibe, giardiniere. Entra all'Ospedale di Santo Spirito (*corsia S. Carlo-Bacci*, primario prof. Nazari) il giorno 30 ottobre 1923. Nulla di notevole nel gentilizio. Non ha sofferto di sifilide, nè di mali venerei. Modico bevitore e fumatore. In passato non ha avuto malattie degne di nota. Riferisce che è malato da circa un mese con febbre elevata a tipo irregolare. Soffre sin dai primi giorni della malattia di diarrea (4-5 scariche al giorno); ha tosse insistente con espettorato che da circa 10 giorni è accompagnato da notevole quantità di sangue. Accusa dolori vaghi alla gola.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali depresse; stato di nutrizione mediocre; cute e mucose visibili pallide; lingua arrossata ai margini; arida; faringe normale. Sensorio integro. Voce chiara.

Torace: scarno, simmetrico; espansione eguale ai 2 lati. All'ascoltazione respiro aspro nelle fosse sopraspinose. Margini polmonari inferiori mobili.

Cuore: nei limiti, toni normali. Polso ritmico, a frequenza e pressione media.

Fegato nei limiti.

Milza: in alto all'VIII spazio; il polo inferiore arrotondato e mobile si palpa ad un dito e mezzo trasverso al disotto dell'arcata costale.

Presenza di albumina nelle urine. Temperatura oscillante fra 37°.5 al mattino, e 39°.2 la sera.

Il 1° novembre ebbe epistassi, enterorragia cospicua. Comparve qualche roseola sulla cute dell'addome.

Nei giorni successivi la temperatura si mantenne fra 38° (mattino) e 39° (sera). Si praticò la siero-diagnosi di Widal con risultato negativo (diluizione 1 : 50). Le condizioni generali andarono gradatamente peggiorando; comparvero decubiti sacrali; *con la espettorazione emetteva continuamente sangue.* Il sensorio depresso. Enterorragie.

Il giorno precedente alla morte si ebbe la caduta della temperatura a 36°.5. Il decesso avvenne il 18 novembre.

Autopsia. — Cuore e polmoni normali. Aderenze pleuriche fibrose totali a sinistra. Tumore di fegato (gr. 1950). Tumore acuto di milza (peso gr. 560). Ileite ulcerosa tifica (escare cadute ed ulceri parzialmente deterse). Linfoma tifico delle ghiandole del mesenterio.

Esame macroscopico della laringe. — Posteriormente al di sotto dell'aditus, in corrispondenza delle cartilagini aritenoidi, si nota una lesione di continuo della mucosa con i caratteri di un'ulcera, i cui margini sono tagliati a picco ed il fondo è emorragico. Nulla di abnorme nel rimanente della laringe.

La siero-diagnosi di Widal eseguita dopo morte con il siero di sangue estratto dalla vena femorale diede risultato debolmente positivo (1 : 50) per il tifo e per il paratifo A. L'esame culturale del succo splenico diede luogo allo sviluppo di un germe con tutti i caratteri morfologici e culturali del bacillo di Eberth.

La prova siero-agglutinante fatta con la emulsione del germe sviluppato risultò positiva fino alle forti diluizioni con i sieri agglutinanti specifici, sia per il tifo che per il paratifo A.

Esame istologico. — Nelle sezioni dell'ulcerazione praticate perpendicolarmente all'asse longitudinale della laringe e colorate con varii metodi, si vede in corrispondenza della ulcerazione l'interruzione dell'epitelio piatto stratificato di rivestimento, che, avvicinandosi al margine dell'ulcera presenta alterazioni regressive crescenti verso l'ulcera stessa.

Il fondo dell'ulcera è costituito dal connettivo della sottomucosa e dal pericondrio che riveste ancora la cartilagine aritenoidea parzialmente ossificata. Il connettivo sottomucoso presenta alterazioni necrobiotiche e come il pericondrio, presenta ancora una ricca infiltrazione leucocitaria polinucleare ed emorragica, la prima diffusa, la seconda ugualmente diffusa e a focolai.

L'esame batterioscopico ha dimostrato sul fondo dell'ulcera una notevole quantità di cocchi e diplococchi che si colorano con il liquido di Löffler e che sono Gram-resistenti. Si vedono anche forme bacillari piccole, aggruppate, che non sono Gram-resistenti.

Alterazioni patologiche della laringe possono essere determinate dai più svariati processi infettivi acuti. Fra questi il tifo trova nella laringe, quantunque non frequentemente, una delle sedi delle sue molteplici localizzazioni extraintestinali. Nella letteratura troviamo che le prime osservazioni cliniche di condropericondriti laringee tifiche, confortate anche dalle relative indagini anatomo-patologiche, sono dovute al Millard (1859), al Blaising (1880), al Koch (1885), al Lünnig (1884), al Bruhl (1888). In Italia il primo caso magistralmente descritto è stato quello del Toti nel 1891.

In seguito la casistica clinica è andata sempre più arricchendosi, ed oggi non c'è trattato di patologia medica che non ricordi e descriva fra le varie complicanze dell'ileo-tifo le alterazioni della laringe.

Le forme di tali alterazioni non sono sempre le stesse e possono variare di intensità e di estensione. Così in alcuni casi può riscontrarsi la semplice erosione ed ulcerazione superficiale della mucosa, che il più delle volte passa inosservata, in altri casi invece si presentano processi ulcerativi e distruttivi più profondi. Altre volte, ma molto più ra-

ramente, possono svilupparsi processi condropericondritici laringei senza alcuna soluzione di continuo della mucosa (Dittrich).

I pericoli dovuti a tali lesioni possono dipendere sia dall'ostacolo meccanico alla respirazione prodotto dall'ascesso; sia dall'insorgenza dell'edema acuto della glottide, che il più delle volte si sviluppa improvvisamente senza che si possa in alcun modo prevedere. I bambini sono in generale più difficilmente vittime di tali processi laringei; gli uomini vanno più soggetti delle donne.

La sede più frequente della lesione è la cartilagine aritenoidea; più raramente è lesa la cartilagine cricoide. La comparsa di queste ulcerazioni si verifica generalmente verso la fine della malattia, o durante la convalescenza, e tali forme non debbono essere confuse con il cosiddetto «*laringo-tifo*», nel quale sin dall'inizio l'infezione eberthiana si localizza nella laringe, ed in particolar modo in corrispondenza del suo tessuto linfoide, analogamente a quanto avviene nell'intestino.

Jackson (1905) riferisce che sopra 68 casi di laringite ulcerosa tifica, in ben 67 casi si ebbero ulcerazioni tardive, ossia in media al principio del IV settenario.

Riguardo alla genesi delle condropericondriti laringee molte ricerche batteriologiche sono state praticate per stabilire se dette pericondriti siano dovute all'azione elettiva del bacillo di Eberth, ovvero all'azione dei cocchi della suppurazione penetrati attraverso le ulcerazioni della mucosa. La questione è ancora dibattuta; molti ricercatori, fra i quali Fraenkel, Landgraf, Schmidt, non hanno mai riscontrato il bacillo di Eberth, ma i cocchi comuni e specialmente lo stafilococco piogene aureo. Il Lucatello, partendo dal concetto che le infiltrazioni laringee siano analoghe a quelle intestinali, ritiene che il bacillo del tifo possa determinare nel tessuto adenoideo laringeo processi ulcerativi, nei quali poi arrivano i comuni piogeni, che sono a loro volta causa delle successive condropericondriti. Altri autori hanno dimostrato che anche senza alcuna soluzione di continuo della mucosa laringea possono nel tifo svilupparsi processi condropericondritici, determinati esclusivamente dal bacillo di Eberth, il quale, come è noto, può essere capace di dare suppurazione (Jackson). Come si vede gli studi dei varii autori per la ricerca degli agenti causali delle pericondriti laringee nel tifo, non sono stati sino ad ora coronati da risultati sempre concordanti.

I casi che io riporto sono utili a questo proposito, poichè dimostrano chiaramente che la condropericondrite suppurativa laringea, quando non è preceduta, come nel I caso, da alcuna soluzione di continuo della mucosa, può essere determinata esclusivamente dal bacillo di Eberth giunto per via ematica; a differenza del II caso, in cui invece si è riscontrata la più svariata flora microbica, penetrata attraverso la ulcerazione della mucosa laringea. E nel primo caso non possiamo pensare che attraverso le piaghe da decubito verificatesi durante la malattia, possano essere passati in circolo i comuni germi della suppurazione per andare poi a localizzarsi nella laringe, poichè, come ho già detto, l'esame batterioscopico mi ha fatto rilevare soltanto gruppi di forme bacillari aventi i caratteri morfologici e tintoriali (Gram non resistenti) del bacillo di Eberth.

Questi due casi sono utili non solo per il contributo che recano dal punto di vista anatomo-patologico allo studio delle localizzazioni laringee del tifo, ma anche per la importanza pratica che dal punto di vista clinico-diagnostico essi presentano.

Infatti in questi due casi il processo condropericondritico è stato caratterizzato dall'assenza o quasi di ogni sintomo obbiettivo e soggettivo, se si eccettua la emissione di sangue che nel II caso accompagnava l'espettorazione.

I due pazienti non accusavano dolore alla pressione esterna della regione laringea, nè esso si manifestava durante gli atti della deglutizione e della fonazione. La voce chiara. Non tosse stizzosa, nè fenomeni di stenosi laringea. Interessante in ispecial modo il I caso, in cui senza che l'infermo accusasse disturbo alcuno a carico delle prime vie respiratorie, insorsero in maniera rapida e tumultuosa i sintomi dell'edema della glottide, che portarono subito a morte il paziente.

E ciò accadde in pieno benessere senza fatti prodromici, e quando il processo tifoso sembrava esaurito.

Soltanto quella lieve elevazione termica che persisteva la sera faceva supporre l'esistenza di qualche localizzazione extraintestinale determinata dall'infezione eberthiana.

LETTERATURA.

ASCHOFF. *Anatomia patologica.* Unione Tip. Torinese, 1914.
BERGENGRUEN. *Zur Aetiologie der Kehlkopfgeschvüre bei Typhus abdominalis.* Arch. f. Laryngologie, 1895.
BLAISING. *Des complications larygées de la fievre typhoïde.* Thèse de Nancy, 1880.
BRIAN. *Ulcerazioni laringee, pericondrite delle cartilagini aritenoidi, ecc.* Annals of Otology, T. 22, n. 3, 1913.
CURSCHMANN. *Unterleibstyphus.* Pathologie u. Therapie, prof. Nothnagel, 1898, Wien.

FRAENKEL. *Die Aetiologie Bedent d. Typhus bacillus.* Leipzig, 1886.
GERHARDT. *Perichondr. u. Typhus Laryng.* Deutsche Arch. f. Klinik. Med., Bd. XI, 1873.
KOCH. *Affections des cartilages laryngées pendant la convalescence de la fievre typhoïde.* Revue de Laryngologie, 1885.
JACKSON. *La laringe nella febbre tifoide.* The american Journal of the Medical Sciences, vol. CXXX, n. 5, 1905.
LEUBE. *Diagnostica delle malattie interne.* Ed. Vallardi.
LUCATELLO. *Contributo alla patogenesi delle affezioni laringee nel tifo.* Berliner Klin. Wochenschrift, n. 16, 1894.
MAYER. *Post-typhoid pericondritis of the larynx.* New York, 1904, Medical Record.
MOLISANI. *Condropericondriti laringee e loro esiti.* Atti della Clinica otorinolaringoiatrica di Roma, 1923.
TERRILE. *Le localizzazioni extraintestinali della infezione tifoide.* Castellazzi, Mortara, 1900.
THEOPOLD. *Perychondritis und Typhus.* Deut. Arch. f. Klinik Medicine, Bd. XI, 1873.
TISSIER. *Les complications laryngées de la fievre tiphoide.* Annales des maladies de l'oreille, 1887.
TORMENE. *Condriti e pericondriti laringee. Cause. Lesioni. Cura.* Eredi Segni, Mantova, 1915.
TOTI. *Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio della pericondrite laringea post-tifosa.* Lo Sperimentale, anno XLV, fascicolo, 3, 1891.
STRÜMPELL. *Trattato di Patologia medica e terapia.* Vol. I, Ed. Vallardi, 1921.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI TORINO.
Direttore: col. medico R. MARRAS.
REPARTO DI CHIRURGIA
diretto dal dott. cav. MARIO NEJROTTI.

Poliartrite ed empiema meta-pneumonico da adeno-flemmone del collo recidivato

per il dott. FRANCESCO VIOLA, assistente.

Il caso che credo di rendere di pubblica ragione sarebbe di per sè stesso banale ma è invece interessante per le considerazioni etiologiche alle quali si presta.

Caso clinico. — Soldato T. G. fu Luigi, 6ª Compagnia Aviatori di Torino, Classe 1900, N. Matricola 19914, Distretto di Piacenza, residente a Rivergaro, contadino, letto n. 27. Entra in reparto il 14 marzo 1921.

Anamnesi remota. — Padre morto a 45 anni di pleurite (?). Madre vivente e sana. Non ha fratelli. Non sofferse le comuni malattie esantematiche. Da parecchi anni va soggetto ad angine a ripetizione.

Fu ricoverato un anno fa a Roma in un ospedale Militare per febbre reumatica e vi rimase degente per cinque mesi. Non bevitore. Non fumatore. Nega lue.

Anamnesi prossima. — È ammalato da 5 giorni con febbre, astenia muscolare, angina, dolori e tumefazione sottomascellare a destra. Viene inviato direttamente dal corpo.

Status praesens. — Individuo di statura normale e di aspetto debole e sofferente. Costituzione scheletrica regolare. Colorito della cute e delle mucose visibili pallido. Pannicolo adiposo discreto. Masse muscolari ipotrofiche. Abito lungilineo di Stiller. Angolo epigastrico acuto. Angolo del Louis sporgente. Esame polmonare e cardio-vascolare negativo. Nulla all'addome. Fegato e milza impalpabili. La regione del vermio non è dolente.

Alla regione sottomascellare di destra si constata una intumescenza della grossezza di un pugno di bambino, ricoperta da cute tesa, calda, lucente, di color rosso vinoso, profondamente fluttuante. Esiste il segno della plica. Notevole trisma. Scialorrea. L'esame del faringe e del retrobocca è impossibile. Non si nota infiltrazione infiammatoria del pavimento boccale e della lingua.

Soggettivamente l'a. si lamenta di disturbi della deglutizione e del respiro, di salivazione abbondante, fetida, di dolori locali irradiati alla nuca ed all'orecchio omonimo.

T. 39°,5. Polso 112, regolare. Respiro 30.

Diagnosticato un adeno-flemmone sottomascellare con fusione purulenta profonda; pratico in narcosi locale croretilica una incisione superficiale lunga 5 cm., parallela al margine inferiore della mandibola, due cm. al disotto di questa ed in fuori del decorso della facciale. Non essendo arrivato sul focolaio purulento penetro prudentemente in profondità con una pinza emostatica chiusa e riesco ad aprire una sacca ripiena di pus denso, cremoso, che evacuo parzialmente e che dreno con un tubo di Koker.

Decorso postoperativo normale: la tumefazione regredisce, la suppurazione cede, normali ritornano le condizioni generali.

Il 20 marzo 1921 tolgo definitivamente il drenaggio e medico la ferita a piatto.

L'a. si alza e sta bene.

25 marzo 1921. — Improvvisamente in pieno benessere l'a. è colto da brivido, febbre alta, tosse con escreato rugginoso ed obbiettivamente si constata catarro bronchiale diffuso con un focolaio bronco-pneumonico a destra.

Contemporaneamente ricompare tumefazione nella primitiva sede del flemmone sottomascellare con rossore, dolore, calore e sintomi di fluttuazione profonda.

26 marzo 1921. — (Dr. Neirotti). Incisione della sacca purulenta dando esito a scarso pus denso, cremoso ed enucleazione del prolungamento anteriore della ghiandola sotto-mascellare. Drenaggio con garza sterile. Infuso di poligala.

Permanendo nei giorni seguenti gravi le condizioni dell'a. con febbre alta, polso debole e frequente, dispnea, cianosi, obnubilamento del sensorio ed essendosi sviluppato un nuovo focolaio bronco-pneumonico a destra pratico cinque iniezioni endovenose di siero antipneumococcico da dieci cc. (1, 3, 5, 6, 8 aprile 1921).

Migliorano in seguito alquanto le condizioni generali e nel contempo essendo cessata la secrezione dalla ferita chirurgica, tolgo il drenaggio. I fatti obbiettivi polmonari rimangono però immutati.

16 aprile 1921. — Persistono: ritardo nella respirazione specie in basso, posteriormente e a destra con ipofonesi e lieve aumento di re-

sistenza alla palpazione. T. 38°,8. Polso 104. Respiro 36.

20 aprile 1921. — Più accentuati notansi i fenomeni polmonari; la zona ipofonetica si è fatta in basso decisamente ottusa e sormontata da una zona di risonanza ipofonetica (linea di Demoiseau), fremito vocale tattile diminuito. Non esiste il fenomeno il Baccelli.

Sulla linea scapolare dell'ottavo spazio intercostale, zona di massima ottusità, pratico una puntura esplorativa che dà esito a pur inodore, giallastro, tenue.

21 aprile 1921. — Toracotomia (operatore dott. Viola) preceduta mezz'ora prima da iniezione doppia di morfina ed olio canforato. Anestesia locale con Cochrène Torre. Scoprimento ed ablazione dell'ottava costa per un tratto di sei cent. Evacuo circa un litro di pus ad alta tensione, tenue, inodore, ricco di pseudo-membrane. Si drena la cavità con garza sterile che sostituisco il giorno seguente con due tubi di gomma a canna da fucile. Iniezione di olio canforato, digalèn, ipodermoclisi.

Per alcuni giorni le condizioni dell'a. permangono gravi dopo di che migliorano lentamente e subentra l'apiressia. Nel contempo la secrezione essendosi fatta modica il drenaggio si raccorcia notevolmente.

11 maggio 1921. — Improvvisamente — temperatura 93°,6; polso 110, ritmico — l'a. si lagna di dolori violenti al pugnetto destro ed al piede sinistro i quali si presentano edematosi, rossi e caldi. Iniezione endovenosa di Sulfosolo.

12 maggio 1921. — T. 39°, P. 110. Si sono pure fatti edematosi caldi e dolenti il ginocchio sinistro, il piede destro e il pugnetto sinistro. 2ª iniezione endovenosa di sullosolo.

13 maggio 1921. — Apirettico. Scomparse le tumefazioni. Movimenti delle giunture libere ed indolenti. Le condizioni generali migliorano ed il drenaggio si toglie completamente il 21 maggio 1921. La ferita cicatrizza regolarmente ed il tragitto fistoloso si chiude definitivamente. L'a. esce completamente guarito il 30 maggio 1921 con tre mesi di licenza di convalescenza.

Allorchè si è davanti ad un flemmone del collo, diceva Verneuil, bisogna pensare immediatamente alla faringe, alle tonsille e ai denti.

La loro ricchezza e varietà poi è dimostrata dalla molteplicità dei gangli del collo e dalla ricchezza delle porte d'entrata che i territori cutanei e mucosi, tributari di questi gangli, offrono ai microrganismi patogeni.

L'ammalato soffriva da anni di angina a ripetizione e attualmente la malattia era stata preceduta da un attacco di angina, quindi niun dubbio che questa sia stata la causa dell'adeno-flemmone che insorse dopo alquanto tempo.

La recidiva si spiega col fatto che forse il focolaio di suppurazione non era stato dominato completamente o perchè si tolse il drenaggio anzitempo, ma la broncopolmonite concomitante fu di origine ematogena ovvero bronchiale?

Quantunque la via ematogena sia rara come causa di broncopolmonite pur tuttavia nel corso di infezioni è la via sicuramente battuta dai microrganismi che si scoprono poi nei focolai bronco-pneumonici.

Quando da un qualunque focolaio d'infezione i bacilli giungono in circolo possono essere arrestati dai polmoni e qui provocare una infezione. Solo se la infezione del sangue è forte può vincere i larghi mezzi di difesa che oppone il tessuto polmonare.

Sono state osservate bronco-pneumoniti in rapporto ad ernie nelle quali fu potuto dimostrare il b. coli.

Qui si tratta di una genesi infiammatoria. Ma sono casi rari.

Nel mio ammalato, al parer mio, i germi sono partiti dal focolaio primitivo di infezione (flemmone) e per via sanguigna sono giunti al polmone, il quale, trattandosi di un individuo defedato, ha potuto opporre scarsi mezzi di difesa all'insediarsi dell'infiammazione. Lo empiema è un empiema metapneumonico comune la cui genesi è nota.

Piuttosto molto più importante è stato lo sviluppo della poliartrite. E qui entriamo nel grande campo delle artriti infettive.

Nel nostro caso si trattava non di artriti suppurative ma di un attacco somigliantissimo al classico reumatismo articolare acuto.

È cognizione ormai acquisita da lungo tempo che non solo le malattie infettive, e tra queste più specialmente la scarlattina, ma anche le infezioni chirurgiche (ascessi, foruncoli, ecc.) possono essere il punto di partenza di artriti a distanza.

La via ematogena è quella incolpata. Sperimentalmente fu infatti dimostrato che immettendo in circolo stafilococchi, streptococchi, colibacilli, pneumococchi, questi possono provocare lo sviluppo di artriti suppurate. È necessario però che le culture siano attenuate e deboli affinchè l'animale da esperimento non soccomba in primo tempo per setticemia acuta.

Secondo Bensançon e Griffon anche i bacilli virulenti si possono localizzare sulle sierose articolari quando l'organismo dell'animale sia stato precedentemente reso in modo relativo refrattario.

Che queste artriti siano d'origine microbica è un fatto ormai innegabile, perchè anche se non si trovan sempre i microrganismi (per la scarsità di questi, per la difficoltà della tecnica degli esami e delle culture) queste possono essere sotto la dipendenza delle loro tossine.

Nella malattia da siero oltre agli altri fenomeni morbosi non si riscontrano forse pure delle artralgie fugaci?

Quando cioè si fanno iniezioni di siero si immettono in circolo delle tossine che possono produrre delle artriti alla stessa guisa di quando da un focolaio primitivo di suppurazione si riversano nel sangue i batteri piogeni o le loro tossine le quali possono influire direttamente sulle sierose articolari e dar luogo esse pure a vere artriti. Teissier e Lasegue dal canto loro dimostrarono già come queste artriti non siano forzatamente suppurate ma che potevano rassomigliare al reumatismo.

Ed ora due parole sulla terapia. Essendosi in questo caso trattato più di una setticemia che di una infezione localizzata al polmone (pneumococcica?) il siero antipneumococcico non ha agito direttamente sul germe infettivo ma indirettamente aumentando la resistenza dell'organismo ed eccitando l'azione fagocitaria dei globuli bianchi.

Alla stessa guisa pare che abbia agito il sulfosolo (zolfo colloidale) sulla poliartrite, non reintegrando nelle articolazioni affette la deficenza dello zolfo come opinano Maillard e Bourges, ma, trattandosi in questo caso di un vero attacco di pseudo-reumatismo infettivo, per le proprietà terapeutiche dei metalli colloidali in genere, qualità determinanti una iperleucocitosi polinucleare, la quale, secondo le teorie di Metnikoff, è la migliore arma di difesa cellulare che oppone l'organismo vivente all'invasione dei germi.

BIBLIOGRAFIA.

Dott. FRANCESCO VIOLA. *Lo zolfo colloidale per via endovenosa nel R. A. A.* Policlinico, 1921, Sezione Pratica.
FORGUE. Patologia chirurgica, vol. I.

NOTE E CONTRIBUTI.

MANICOMIO PROVINCIALE DI ANCONA.

Tentativi di cura della paralisi generale progressiva con innesto di malaria terzana.

Prof. GUSTAVO MODENA, direttore
e dott. NINO DE PAOLI, medico primario.

Nella quotidiana e avvilente lotta che noi medici di malattie mentali dobbiamo sostenere per alleviare le sofferenze dei malati nel fatale decorso della malattia, ogni nuovo metodo di cura deve trovarci favorevoli e sereni, sia che venga preconizzato su logica patogenetica, sia che venga raccomandato da esperienze statistiche: i controlli affermino o neghino sono sempre utili in così delicato terreno.

È certo che la scarsezza dei mezzi terapeutici è la base dell'attuale «*abbassamento di umore*» della psichiatria; dopo che il periodo di «*eccitamento*» dell'ultimo cinquantennio trovava apparente giustificazione nel vivace interesse per i problemi clinici, o nella speranza di facili reperti anatomici, o nello entusiasmo meticoloso di una tecnica manicomiale che si disciogliева dalle pastoie di una inumana e carceraria assistenza, o nella illusione di risultati psicoterapeutici indeterminati e di soggettivo apprezzamento.

Ma tutto il lavoro di questi anni che ha certamente allargato i nostri Ospedali psichiatrici e dato a loro un aspetto più conveniente; che ha certamente costituito salde basi alla psichiatria come medica disciplina, non ha cambiato il «*tipo*» di nessuna forma morbosa anche se era già di incerta e mutevole fisonomia.

Al medico si chiede la cura: non ci si contenta di sapere che nell'Ospedale psichiatrico si studia, si indaga, si fanno lavorare i malati, si aboliscono i mezzi restrittivi.

Fino ad oggi nessun mezzo di trattamento possediamo che modifichi il decorso di una malattia mentale.

È per questo che i dati statistici che in Austria ed in Germania vengono resi noti in seguito alla cura della paralisi progressiva con le alte temperature, devono richiamare tutta la nostra attenzione, tutto il nostro interesse; è per questo che fino dal 1909, quando Wagner, in collaborazione con Pilcz, rese noti i primi metodi di terapia febbrile noi li abbiamo tentati nel Manicomio di Ancona con paziente costanza. E fin dal 1911 il dott. Tamburini Arrigo, medico primario, rendeva noti alcuni risultati. Dobbiamo anzi richiamare la attenzione su uno dei casi curati, nel quale

le alte temperature si dovettero attribuire più che all'azione della tubercolina alla contemporanea presenza di un'ulcera suppurata all'alluce. (*Riv. sper. di freniatria*, vol. 27, fascicolo III, 1911).

F. P., commerciante, di anni 51, ammesso il 16 febbraio 1911. Nulla nel gentilizio. Ammalò di lues da giovane e non si curò. Abile negli affari si era fatto negli ultimi tempi trascurato, smemorato, cominciò a fare progetti grandiosi e a manifestare idee deliranti megalomaniche (era cugino del re, ecc.). Ebbe un processo per oltraggio a un Capo-stazione e fu assolto per infermità di mente. Dopo l'assoluzione viene condotto al Manicomio di Ancona. La sierodiagnosi del Wassermann è decisamente positiva nel liquido c. r. e nel siero (+ + + +).

Presenta cangrena alle dita dei piedi, è euforico, megalomane.

Il giorno 20 febbraio iniziò le iniezioni di tubercolina e le continuò fino al 28 dello stesso mese, giorno nel quale furono sospese per le gravi condizioni fisiche in cui era caduto il paziente. La temperatura oscillava fra 36°.6 e 40°.3. La febbre continuò per diversi giorni: il 9 marzo iniziò un periodo di miglioramento nelle condizioni generali, anche le dita dei piedi, dopo caduto l'alluce completamente gangrenato, cominciarono a presentare un buon tessuto di granulazione e in breve tempo si cicatrizzarono completamente.

Le condizioni mentali pure migliorarono notevolmente, il delirio di grandezza scomparve, scrisse a casa lettere con ordine, chiarezza. La famiglia, vistolo in queste condizioni, volle ritirarlo, ritenendolo guarito, e noi, quantunque non convenissimo in tale affermazione, pure, visto il reale miglioramento del paziente, non opponemmo alcuna difficoltà. Tale miglioramento continua anche presentemente (1911).

Ebbene il paziente che è un noto negoziante di Ancona, continua oggi, come ha continuato in questi 12 anni, la sua professione senza disturbi.

Remissione di 12 anni? Guarigione? Inutile e vana discussione: il fatto importante è di aver ridato la possibilità di condurre una vita normale ad un soggetto nel quale si era fatta la più grave prognosi e nel quale di certo, non si era sbagliata la diagnosi.

Conseguenza delle cure o coincidenza? Fino alle nuove affermazioni di Wagner, in seguito alla cura con malaria terzana, noi abbiamo pensato ad una coincidenza... oggi noi, a buon diritto, pensiamo alla conseguenza della piroterapia.

E la nuova casistica iniziata da poco tempo, ma più sufficientemente dimostrativa ci dà ragione di essere favorevoli e ottimisti.

Uno di noi, il dott. De Paoli, illustrerà minutamente i casi sottoposti al trattamento con malaria terzana dopo una più lunga osservazione.

Ci limitiamo intanto a riferire alcuni dati, per ora scarsi, per il breve tempo decorso, ma già promettenti. Nell'agosto 1922 abbiamo iniziato le esperienze, ma non abbiamo avuto la fortuna di trovare in due tentativi un buon stipite di malaria terzana. Nel maggio 1923 abbiamo iniziato il trattamento in un caso di grave paralisi progressiva a insorgenza precoce, caso che è stato oggetto di illustrazione per la rarità del decorso in una nota del dott. De Paoli (*Note e Riviste di psichiatria*, 1923). Dal maggio ad oggi, 15 ottobre 1923, abbiamo trasmesso successivamente, per non perdere l'ottimo stipite di terzana, la malaria in altri nove pazienti.

Due malati di tabe dorsale — di cui ancora non possiamo dir nulla perchè sono in periodo febbrile (1) — e sette altri casi di p. p. di varia gravità e di diverso periodo di insorgenza.

Fra questi due casi già in periodo avanzato, furono iniettati al solo fine di conservare lo stipite (che purtroppo non può essere mantenuto se non nel vivo e non può essere neppure trasportato nè conservato per più di poche ore).

Degli otto, due sono morti (uno di questi per una forma polmonare acuta, dopo passato il periodo febbrile), due sono pressochè stazionarii; due sono spiccatamente migliorati e anzi uno procede ogni giorno nel miglioramento (2); due hanno presentato una remissione completa tanto che sono stati dimessi e hanno ripreso già da qualche settimana le loro ordinarie occupazioni.

Sorprendente è sopratutto uno dei casi, nel quale si osservò il ritorno di una lieve reazione pupillare e la scomparsa di una marcata anisocoria.

A questo cenno numerico dobbiamo far seguire alcune considerazioni.

I due casi che furono dimessi nelle migliori condizioni furono trattati con la sola piroterapia senza alcuna cura specifica. Uno dei casi di miglioramento fu trattato anche con iniezioni di 914. Anche nella Clinica di Vienna si discute sulla opportunità o meno di fare la cura con arsenico, le opinioni sono divise. Noi per la dolorosa esperienza che abbiamo nei casi curati con Neosalvarsan tendiamo ad essere contrarii.

---

(1) Uno dei pazienti è stazionario; l'altro è notevolmente migliorato: sono scomparsi i dolori, non accusa attualmente alcun fenomeno soggettivo (1-2-1924).

(2) Il miglioramento è oggi (1-2-1924) tale che non si potrebbe fare clinicamente diagnosi di paralisi progressiva.

Nei casi curati la sierodiagnosi non ha presentato modificazioni: è rimasta positiva in ambedue i soggetti in piena remissione.

Molto vi sarebbe da dire sul modo di agire di questo strano metodo di cura, che del resto era già stato preconizzato da Ippocrate il quale aveva già osservato che la febbre può guarire la pazzia. Diremo che la febbre presenta caratteri benigni, che bastano pochi grammi di chinino per interromperla, che è molto più benigna della malaria trasmessa per via delle anofele (nella Clinica di Vienna in sei anni non si sono viste recidive di malaria). Molte considerazioni si potrebbero fare sul modo di agire delle temperature: si discute se sia il plasmodio che presenti un antagonismo biologico con lo spirochete o se non sia invece la temperatura elevata che modifica la condizione anatomo-patologica e clinica della forma morbosa.

Straussler e Koskinas (1) dimostrarono in due casi di remissione in seguito a piroterapia, venuti a morte dopo qualche tempo per altra malattia il quadro anatomo-patologico che Alzheimer descrisse col nome di «paralisi stazionaria». Il caso che noi abbiamo citato in remissione dal 1911 e altre considerazioni rilevate dai metodi di cura usati con altre forme pirogene (febbre ricorrente, tifo, nucleinato di soda, ecc.) ci fanno propendere per ritenere che sia la elevata temperatura che agisce nel favorire l'arresto del processo morboso.

Sarà interessante su dati statistici precisi e accurati vedere se la paralisi progressiva è o no più frequente in zone malariche e se si sviluppa in soggetti malarici.

Per ora, tenuto conto dei risultati ottenuti, tanto che in meno di sei mesi, su otto casi si sono avute due chiare remissioni, abbiamo creduto opportuno presentare queste osservazioni preventive per richiamare l'attenzione sul metodo già largamente usato all'estero e portare un primo contributo italiano alla piroterapia della paralisi generale progressiva con l'innesto di malaria terzana.

31 ottobre 1923.

(1) Wiener med. Wochens., 1923, n. 17.

STORIA DELLA MEDICINA.

La lotta di G. F. Ingrassia contro la peste di Palermo del 1575.

Dott. G. E. INGRAO.

Se Fracastoro, come giustamente afferma il Barduzzi, nel suo classico trattato *De contagionibus et de contagiis* gettò le basi scientifiche della dottrina del contagio e dell'infezione, non minor merito nel campo della epidemiologia spetta al suo illustre contemporaneo Giovanni Filippo Ingrassia, anatomico ed igienista insigne, protomedico del Regno di Sicilia.

Scoppiata la peste in Palermo nel 1575, l'Ingrassia, benchè vecchio — nacque a Regalbuto il 1510 e si dottorò in medicina nello Studio di Padova il 1537 — e, com'egli scrive, «di debolissima complessione, soggetto a continui catarri e negli studii assai stracco», eletto Deputato e Consultore di Sanità dal Duca di Terranuova, allora Luogotenente del Regno di Sicilia, sprezzando ogni pericolo, profuse le risorse della sua infaticabile genialità e della sua vasta dottrina nel debellare la spaventevole epidemia.

La *Informazione del pestifero e contagioso morbo, il quale afflige ed have afflitto Palermo ed altre città del Regno di Sicilia nel* 1575-1576 *data a Filippo d'Austria, Re di Spagna e di Sicilia*, scritta dall'Ingrassia, è un libro interessante per la Storia della Medicina, per le sue concezioni sul contagio, per le importanti osservazioni epidemiologiche, per i geniali criterii, da lui posti a base di una lotta razionale, organica ed efficace contro le malattie epidemiche.

Nella parte prima, dove tratta dell'etiologia della peste, l'Ingrassia si oppone alle teorie della Scuola Galenica, sin'allora imperanti, per cui i morbi epidemici erano dovuti a putrefazione ed a corruzione dell'aria; affermando, che «nella generazione di pestilenza..... vi concorre alla putrefazione *una certa causa occulta*».

Obbietta, che «non per sola qualità evidente, come è la caldezza con l'humidità, nè per la sola putrefazione proviene la peste..., percciocchè, se così fosse, non sarebbe differente la peste dell'uomo, da quella degli altri animali, nè quella dei porci, da quella delle galline..., nè varrebbe più a giovani, che a vecchi».

Spiega tale differenza colla «maggiore o minore humidità e corruttibilità del corpo» mettendo così anche in rilievo la necessaria pre-

disposizione dei varii organismi all'attecchimento delle malattie. Ammette come cause coadiuvanti della peste: la straordinaria abbondanza di pioggie, l'eccezionale caldo, la mutevolezza dei venti «per cui in quell'anno si fece una certa mistione di *atomi e principii seminari di morbi pestiferi*».

Ma pur sconoscendo l'agente specifico della peste, la patogenesi ed i veri veicoli d'infezione, gloriose conquiste della fine dello scorso secolo, l'Ingrassia con speciale intuito seppe escogitare dei provvedimenti igienici, che ancor oggi, più che per semplice curiosità culturale, con vera ammirazione leggiamo nella seconda e terza parte della sua citata pubblicazione.

Ben valutò l'importanza del pronto isolamento dei focolai d'infezione: «Sotto pena della vita, ognuno, che avesse in casa sua qualche infermo di mal contagioso, doveva rivelarlo subito al Deputato del suo quartiere». I medici dovevano denunziare gli ammalati di peste, affidati alla loro cura; nessuno speziale poteva vendere medicamenti per gli appestati, senza la ricetta del medico.

Due medici (un fisico ed un chirurgo) dovevano in ogni porta della città accuratamente visitare coloro, che entravano in Palermo.

Tre medici con buona scorta dovevano a cavallo girare per le campagne, per scovrirvi gli ammalati di peste, tenuti occulti.

Gl'infetti, appena denunziati, venivano trasportati, isolati e curati gratuitamente in locali adatti per lazzaretti.

I sospetti «che abbiano pratticato con persone o con robbe infette» erano tenuti in osservazione per 40 giorni nel borgo S. Lucia, fuori la porta S. Giorgio.

Per impedire «l'ampliatione del contagio», proibì ogni agglomeramento di uomini, le visite di condoglianza, le maschere per carnovale, la vendita all'incanto, l'ammassamento di truppe e fece chiudere le scuole pubbliche.

Intuì che alcuni animali potevano essere veicolo d'infezione e per evitare che «nel loro pelo potessero portare contagio da una casa all'altra» ordinò l'uccisione dei cani, dei gatti e dei topi.

Più di 20,000 cani trovarono la morte in tre profondi pozzi, appositamente scavati fuori le porte della città, e ricolmati poi con calce viva.

Per le disinfezioni, non disponendo dei sicuri mezzi, che la chimica e la fisica apprestano oggi all'igiene moderna, potè fare soltanto assegnamento sulla luce solare, sull'essiccamento e sui suffumigi.

Ordinò di «purificare le robbe infette lavabili con sapone e liscìa; le altre dovevano eventarsi notte e giorno in lochi ventosi per almeno trenta giorni». A tal uopo adibì un vasto locale fuori l'abitato, una specie di parco nel giardino del Duca di Bibona .

Prima di rientrare liberamente in città non solo i convalescenti dovevano per 14 giorni *purificare* i loro corpi, ma anche «quelli, a quali non si ha discoverto cosa alcuna», pur avendo avuto dei contatti con gl'infetti, intuendo il pericolo di contagio, che oggi si attribuisce anche ai semplici portatori di germi. Per la *purificazione* dei corpi dovevano radersi capelli, barba e peli, «lavarsi con acqua over liscìa, nella quale siano state cotte rose, viole, rosmarino, cipresso, pampine e scorze di aranci e limoni, maiorana, mortilla e basilicò», piante aromatiche, alle quali si attribuiva una azione disinfettante.

Ai ricchi consigliava di aggiungervi «la noce moscata, il garofano e l'acqua di angeli».

Le abitazioni degli infetti venivano subito «barreggiate»; i disinfettatori procedevano alla disinfezione delle mura con acqua e calce, quindi si tenevano le finestre aperte «per entrarvi di giorno il sole a consumare *quegli atomi e vapori pestiferi* e di notte per entrarvi il vento».

Le monete, se sudicie dovevano «annettarsi infondendole nell'aceto», se ben nette non erano ritenute pericolose pel contagio.

Le funi ed i sacchi contenenti le derrate provenienti dall'estero, nonchè la parte esterna dei recipienti di vino o olio dovevano essere *purificati*.

Ammonì i Medici «di guardarsi dal prendere contagio per sè e per gli altri, che vanno a visitare» e consigliava loro di vestirsi di «robbe di seta senza peli come di raso o di taffetà e di portare le loro vestimenta corte». I medici addetti alla medicazione degli infetti e perciò esposti a maggior pericolo di contagio «più sicuri saranno, essendo vestiti di tela incerata con poco di pece greca (colofonia)».

Alcune ordinazioni sopra il regimento, che fece Filippo Ingrassia a tempo della peste del 1575, furonó ristampate per ordine del Senato di Palermo il 1624 «per la sospettione di peste scoverta».

I dettami, le osservazioni epidemiologiche di sì eminente igienista servirono di guida preziosa nell'epidemie dei secoli successivi.

Grotte, 1923.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Le rachialgie.

(GRAVES, OSGOOD, COURTNEY, FROTHINGHAM, *Boston Medicale and Surgical Journal*, 27 dicembre 1923).

La rachialgia è un sintoma e non una malattia. È un sintoma molto comune, che si incontra con notevole frequenza in svariate malattie, ma sopratutto nelle affezioni ginecologiche, ossee ed articolari del bacino e della colonna vertebrale, nonchè in parecchie forme nervose.

Delle rachialgie la più frequente è quella localizzata alla regione lombo-sacrale.

Graves enumera le condizioni patologiche degli organi pelvici femminili che possono produrre rachialgie, mettendo in rilievo il fatto che esse accompagnano più spesso anomalie di posizione degli organi pelvici o altre condizioni pelviche che non sono la espressione di veri e propri processi patologici.

Tra le cause ginecologiche di rachialgie la più importante è la malposizione dell'utero. La si incontra per lo meno nel 76 per cento dei casi di retroflessione, e scompare sempre in seguito al trattamento operativo.

Le rachialgie da gravidanze hanno generalmente un'origine secondaria. Il prolasso vaginale, la retroflessione e discesa dell'utero, la diastasi dei retti addominali di solito sono l'espressione di un esaurimento generale, di cui sentono la influenza anche i muscoli ed i legamenti lombo-sacrali e sacro-ischiatici.

Pazienti di tal genere soffrono rachialgie più di notte, dopo il lavoro o dopo sforzi. L'attività diviene limitata, la muscolatura perde il suo tono e si ha un peggioramento progressivo.

Una causa molto importante di rachialgia nelle pazienti con prolasso è quella causata da diastasi dei muscoli retti dell'addome. Questa lesione è prodotta da una graduale distensione dell'utero gravido e non dagli sforzi espulsivi durante il parto. In conseguenza della separazione dei muscoli la parete addominale si protende in avanti e la pressione intraparietale distende i muscoli laterali provocando una sensazione dolorosa che è avvertita al dorso ed ai lombi. Questo dolore è sempre localizzato più in alto di quello prodotto da affezioni uterine, prevalentemente bilaterale, spesso diffuso in avanti. È alleviato dalle manovre intese a riavvicinare i muscoli allontanati e dalle paciere; scompare in seguito ad operazione ricostruttiva.

I processi infiammatori intrapelvici specie se accompagnati da retroflessione dell'utero sono una causa comune di rachialgie.

La lacerazione del collo non sembra possa provocare rachialgie a meno che non sia accompagnata da parametrite. Anche la semplice lacerazione del perineo senza prolasso uterino non provoca dolori dorso-lombari.

Il cancro del collo dell'utero nei suoi ultimi stadi produce rachialgie atroci. Quando il dolore è localizzato ad uno dei lati vuol dire che sono invase le glandule linfatiche della pelvi.

***

Osgood, ortopedico, enumera le lesioni ossee ed articolari che possono provocare rachialgie. Al riguardo, le cause possono essere dovute a difetti della statica del corpo, a traumi, ad alterazioni anatomiche, a processi articolari, ad alcune malattie.

Nei difetti di costituzione del piede, tra i quali il più comune ed importante è il piede piatto, lo sforzo è trasmesso alle ginocchia, eventualmente alle anche, sempre alla colonna vertebrale, per modo che questa subisce le conseguenze della statica difettosa ed è sede di dolori. Si ha un'esagerazione di tutte le curve normali della colonna vertebrale ed un distendimento dei legamenti con le conseguenti sensazioni dolorose. D'altra parte per la lordosi patologica, specie del tratto lombare, i processi spinali si urtano, l'ultima vertebra lombare tende a scivolare in avanti sul sacro e si ha un rilasciamento delle articolazioni sacro-iliache.

I traumi possono essere causa di rachialgie non solo per le gravi fratture delle vertebre con spostamento della spina, ma anche per rottura dei muscoli e lacerazione di tendini, nonchè per piccole fratture delle apofisi trasverse, che possono essere accompagnate da fatti paretici e dolori prolungati, da irritazioni meningee e radicolari.

Le anomalie anatomiche rappresentano una causa potenziale di dolori dorso-lombari ed aggravano sempre le conseguenze dei difetti di statica, dei traumi, delle artriti.

L'artrite degenerativa, ipertrofica o osteoartrite, è una condizione che provoca rachialgie più comunemente di quel che si ritiene. Il dolore in genere è cronico, ma può essere destato o esagerato da difetti di posizione del corpo, da sforzi, o da traumi diretti.

L'artrite tossica, infettiva o metabolica è una causa molto frequente di rachialgie e di dolore sciatico. In genere questi processi sono localizzati alle vertebre lombari o alle articolazioni sacro-iliache.

La tubercolosi vertebrale è tra le malattie specifiche la causa di rachialgie; la sifilide è meno frequente ma certo men rara di quel che si crede.

L'osteomielite vertebrale è fortunatamente rara, è sempre grave e di solito accompagnata da ascessi che si avanzano dorsalmente o ventralmente provocando così lesioni delle lamine o dei corpi.

La possibilità di esistenza di neoplasmi delle vertebre deve essere sempre tenuta presente quando è oscura la causa di rachialgie anche di media intensità.

***

Courtney considera la rachialgia come sintoma di malattie funzionali o organiche del sistema nervoso.

I dolori dorso-lombari sono un sintoma molto frequente nella neurastenia, psicastenia ed isteria.

La rachialgia dei neurastenici, secondo il Courtney, va attribuita alla atassia vasomotoria che presentano gli individui a sistema nervoso facilmente esauribile. Per far comprendere questa relazione causale l'autore ricorda che il sistema vasomotorio costituisce il substrato organico della vita emotiva e che la colonna vertebrale costituisce la linea di convergenza di tutte le fibre sensitive del tronco e delle estremità.

In conseguenza quindi della loro marcata atassia vasomotoria gli individui a sistema nervoso adinamico sono iperemotivi.

Qualunque eccitamento provoca in essi o esagera lo stato ansioso, donde un'intensa iperemia del midollo cervicale che si manifesta con un senso di costrizione, di calore e di pulsazione.

Talvolta non si giunge fino a tanto e si ha solo una persistente iperestesia o un dolore sordo lungo la colonna vertebrale, che è dovuto ad una iperemia del corrispondente territorio rachideo meno intensa ma più duratura.

Nei più gravi indebolimenti del tono muscolare degli adinamici si ha un'altra varietà di rachialgia: un dolore sordo localizzato di solito alla regione cervicale inferiore ed alle spalle. In condizioni normali noi non abbiamo alcuna sensazione cosciente del peso del corpo e della tensione muscolare necessaria per tenerlo eretto. Invece gli individui a sistema nervoso adinamico si lamentano spesso perchè la testa è troppo pesante per le loro spalle e fanno sforzi coscienti per tenerla su, e questi sforzi producono un dolore al rachide ed alle spalle. Un dolore analogo nelle stesse regioni si ha quando si sta seduti diritti davanti ad una scrivania o ad un banco e si muovono a lungo le braccia. D'altra parte l'atonicità muscolare si accompagna ad un certo rilassamento dei tendini: l'una e l'altro provocano uno spostamento delle vertebre, che causa un dolore nelle articolazioni colpite irradiantesi alle parti vicine.

Negli stessi soggetti si ha una terza forma di rachialgia ancor più interessante quantunque presa meno in considerazione. Si tratta di un dolore lombare che è una conseguenza di disturbi digestivi. L'adinamismo del sistema nervoso provoca inibizione non solo della secrezione gastrica ed intestinale ma anche della peristalsi.

La deficienza secretoria è causa di formazione di gas, che per la deficiente peristalsi non possono essere espulsi. Da ciò uno stiramento delle radici del mesentere che, come è noto, è attaccato lungo la colonna lombare. Si ha così un dolore in questa regione.

***

Frothingam osserva che quasi tutte le malattie che rientrano nel campo di osservazione del medico generico possono essere accompagnate da rachialgie. Queste sono presenti in molte affezioni febbrili acute come in malattie organiche croniche, nel tifo, nel vaiuolo come nella nefrite, nell'anemia essenziale, nella leucemia, negli aneurismi dell'aorta toracica e addominale. La rachialgia può trovarsi anche in infezioni locali, nelle gengiviti, nelle sinusiti, nelle tonsilliti, nonchè nei disturbi endocrini. Infine la rachialgia è un sintoma costante negli stati di esaurimento sia dipendenti da affaticamento fisico e psichico, come da quelli susseguenti a lunghe malattie.

Tutto sommato la rachialgia è un sintoma comune a condizioni patologiche di vario genere: ad affezioni organiche degli organi genitali, dello scheletro, dei muscoli, dei tendini, a sindromi neurotiche, a malattie costituzionali del ricambio, ad infezioni generali e locali, a stati di esaurimento, ad anomalie di sviluppo, a posizioni difettose.

E perciò che i sofferenti di rachialgia passano da uno specialista all'altro per trovare sollievo alle proprie sofferenze. Il trattamento spesso risulta inefficace appunto perchè lo specialista ha tendenza ad attribuire il sintoma ad affezioni inerenti alla propria branca.

Al riguardo l'autore fa opportune considerazioni sull'esercizio degli specialisti, sostenendo che spetta sempre al generico l'ultima parola sui rilievi semeiologici e diagnostici forniti dagli specialisti, come al generico spetta di decidere sulla scelta del metodo di cura e di seguire il paziente durante il trattamento.

Dr.

La distrofia miotonica.

(J. GREENFIELD. *Brain*, vol. 46°, parte 1ª, maggio 1923).

Fin dal 1886 Erb distinse dalla malattia di Thomsen dei casi di miotonia con atrofia muscolare, che furono considerati, da lui e da successivi autori come casi aberranti, e compresi sotto il nome di miotonia atrofica. Ma più tardi si cominciò a riconoscere che si trattava di un'entità morbosa differente, il cui principale sintoma era l'atrofia muscolare, onde si doveva collegare piuttosto alle miopatie che alle miotonie (Batten, Curshmann, ecc.).

La malattia generalmente inizia tra i 20 e i 35 anni, ma ne è descritto un caso iniziato sui 10 anni, e qualcuno in età avanzata. Lo strapazzo muscolare si trova spesso nei precedenti. La malattia è spesso familiare. Di rado ad inizio rapido, più spesso comincia insidiosamente, talora con lieve febbre, o con dolori agli arti. Non di rado il primo sintoma avvertito è una certa debolezza, o la miotonia, che può, in rari casi, precedere di anni l'amiotrofia.

Il decorso della malattia è molto lento: però dopo un anno l'atrofia può essere manifesta e diffusa. La vita si prolunga di rado oltre i 45-50 anni: la morte sopraggiunge per astenia progressiva, per tubercolosi, o per altre complicazioni.

L'atrofia muscolare prende generalmente la faccia, il collo, gli avambracci; ma può essere diffusa.

La miotonia è diffusa a molti muscoli, ma è più evidente nello stringere il pugno: il rilasciamento è lento, ma diventa più rapido con la ripetizione dei movimenti. Come nella malattia di Thomsen la miotonia si esagera con le emozioni: può insorgere improvvisamente e provocare l'improvvisa caduta del paziente. Ciò sembra accadere quando il paziente, per la debolezza muscolare, ha un passo falso: lo sforzo ch'egli fa per impedire la caduta provoca uno spasmo generalizzato e la rigidità di tutto il corpo. La miotonia può non manifestarsi nei movimeni ritmici lenti: accelerando il ritmo si ha una sommazione di stimoli che provoca una contrazione continua degli agonisti ed antagonisti (Rosett), donde l'incoordinazione del movimento e la impossibilità di continuarlo. La miotonia meccanica (formazione di un solco persistente nel punto percosso) è evidenti nella regione tenar e ipotenar, sulla lingua, e in molti altri muscoli.

I muscoli atrofici non sono più miotonici. Non bisogna confondere la reazione miotonica che si manifesta con un solco, con la risposta normale di molti muscoli (es. pettorali) allo stimolo meccanico, che consiste nella formazione di un cercine rilevato persistente.

Spesso è diminuita l'eccitabilità faradica diretta; l'eccitabilità galvanica è aumentata o diminuita, ma spesso si nota una pseudoreazione degenerativa (ACC > KCC, lentezza delle contrazioni) dovuta alla presenza della reazione miotonica in muscoli atrofici.

La reazione miotonica si manifesta spesso più o meno modificata: contrazioni tetaniformi prolungate con lieve stimolo galvanico (Remak), contrazione miotonica secondaria, che segue alla contrazione normale, ottenuta mediante stimolo galvanico o faradico prolungato (Steinert-Pässler).

La miotonia, in rari casi, può fare completamente difetto, tuttavia è quasi sempre possibile scoprire una miotonia meccanica sulla lingua e sulla regione tenare. La miotonia è di origine miogena, perchè persiste dopo anestesia dei nervi e dopo rachistovainizzazione (Schäffer; Grund).

L'amiotrofia colpisce di preferenza i muscoli della faccia, i masticatori, gli sternocleidomastoidei, gli avambracci (specialmente il lungo supinatore), i vasti della coscia, i dorsoflessori del piede, ma ogni muscolo può esser preso. L'orbicolare rimane indenne eccezionalmente: ma in tutti i casi la faccia è senza espressione.

L'astenia muscolare è sempre maggiore di quanto comporta l'amiotrofia. Di rado si può osservare una pseudoipertrofia. È stata osservata anche l'atrofia della lingua, del palato molle, dell'esofago. In qualche caso si notarono tremori fibrillari. In qualche caso l'amiotrofia era assente, pur dovendosi classificare la malattia come distrofia miotonica, per la familiarità e la presenza di altri sintomi.

L'amiotrofia sembra di origine miopatica, secondo i reperti istologici.

Altro sintoma distrofico importante è, la cateratta: si ha nella metà circa dei casi. Questo fatto suggerì a Hoffmann l'ipotesi che la malattia avesse un'origine endocrinopatica anzichè miogena. La cateratta può presentarsi da sola in alcuni membri di una famiglia, mentre in altri si ha la sindrome muscolare completa, con o senza cateratta. Talora la cateratta si ha nelle generazioni antecedenti (cateratta senile).

Altri sintomi distrofici sono l'atrofia dei testicoli e la calvizie, specialmente frontale. Talora i genitali rimangono infantili. Talora si

ha perdita della libido e impotenza: è una causa di sterilità del matrimonio.

Si può pure osservare una diminuzione generale di peso, con atrofia di tutti i tessuti (da alterato ricambio del calcio?).

Spesso è aumentata la secrezione del sudore, della saliva, delle lacrime. Nel sangue si nota linfocitosi, eosinofilia, ritardo della coagulazione. Non sono rari disturbi vasomotori (acrocianosi, estremità fredde), e l'aumentata eccitabilità del nervo facciale. Areflessia si può avere in seguito a cospicua amiotrofia.

Talora furono descritti dolori agli arti inferiori, pare per semplice coincidenza fortuita. Talora vi è il segno di Romberg. Gli sfinteri sono lesi solo nella fase terminale.

Alterazioni della voce sono frequenti (voce bassa, nasale) e dipendono da alterazioni muscolari.

Frequenti sono pure le stimmate degenerative (palato duro stretto ed alto, ecc.).

Nonostante l'aspetto privo di espressione le facoltà mentali sono conservate: però questi pazienti sono di strano carattere e poco maneggevoli.

Talora fu osservata la bradicardia.

La malattia è più frequente nelle classi povere: è quasi sempre familiare od ereditaria (eredità similare o dissimilare: ad es., negli ascendenti, disturbi della parola, del cammino, sonno con occhi aperti, ecc.). Questo fatto presenta generalmente difficoltà ad essere posto in evidenza nell'anamnesi.

Nelle serie delle tipiche malattie eredofamiliari la distrofia miotonica occupa un posto intermedio tra la malattia di Thomsen e le miopatie.

Riguardo all'anatomia patologica sono da considerare reperti accidentali le degenerazioni dei cordoni posteriori del midollo. Possono degenerare quelle cellule delle corna anteriori, in rapporto coi muscoli degenerati.

Poche ricerche e contraddittorie si sono fatte sulle ghiandole endocrine. Nei muscoli si osservano fibre sottili che vanno perdendo la striatura. I nuclei del sarcolemma sono generalmente aumentati di numero ed allineati. L'aumento del connettivo sembra proporzionale alla distruzione muscolare.

Il quadro morboso descritto non può considerarsi ancora definitivo nonostante il grande numero di casi osservati (qualche centinaio). Pertanto si può per ora indicare col nome di «distrofia miotonica tipo Batten-Steinert-Curshmann».

L'A. descrive accuratamente 4 casi dando anche i reperti istologici dei muscoli, delle surrenali, dell'ipofisi: riporta una ricca letteratura.

DORIA.

CHIRURGIA.

Sull'escissione della via gastrica.

(KIRSCHNER. *Zentralblatt f. Chirurgie*).

Schmieden ha proposto recentemente curare l'ulcera dello stomaco escidendo tutte le parti disposte all'ulcera, e precisamente la via gastrica di Waldeyer, sulla cui particocolare disposizione all'ulcera ha insistito Aschoff. Con tale proposta intende Schnieden di avere iniziato una «terapia causale».

Kirschner è d'avviso che le ulcere — siano debbano riportare a numerosi fattori, in parti dello stomaco o anche del digiuno — si debbano riportare a numerosi fattori, in parte noti, in parte ignoti. E già per ciò ritiene che perda di valore una terapia causale che mira a rimuovere una causa sola. Ma anche indipendentemente da questo, è dubbia una tale terapia se incerta è la nocuità della causa rimossa o se crea nuovi rapporti che possono agire alla loro volta come fattori nocivi.

Fu detto che la mucosa della piccola curvatura è meno resistente delle altre parti dello stomaco, e questa affermazione si vorrebbe accreditare con le ricerche anatomiche di Hofmann e Nather e di Jatron, secondo le quali nella piccola curvatura l'irrorazione arteriosa, da parte dell'a. gastrica destra e sinistra, sarebbe meno ricca che in tutti gli altri segmenti dello stomaco. L'A. ricorda a questo proposito il suo metodo di sostituzione dell'esofago mediante la trasposizione totale dello stomaco. Nella mobilizzazione lo stomaco viene privato di tutti i suoi grossi vasi, eccetto dei resti di vasa gastrica e della gastro-epiploica destra. Pazienti così trattati da quattro anni non hanno manifestato i minimi segni di ulcera. Se pure si vuole ammettere adunque una notevole inferiorità circolatoria della via gastrica originaria, la sua escissione profilattica non è giustificata che condizionatamente.

Nel senso di Aschoff, la via gastrica è esposta regolarmente a maggiori insulti meccanici. Un recente lavoro di Ketich e Friedrich, i cui risultati collimano con quelli di Beer, assistente dell'A., dimostra che la corrente dei cibi segue la via gastrica soltanto fino a circa la metà della piccola curvatura; per tutta la metà distale o pilorica, che è quella colpita con particolare frequenza dalle ulcere, non la segue più. L'espressione «via gastrica» non ha, per l'A., che un significato anatomico. Che le spetti anche un significato funzionale per l'effettiva utilizzazione della via, è, per ora, arbitraria ipotesi. Ma, comunque sia, l'escissione non la mette in condizioni migliori. Quand'anche si ottenga mercè i

dettagli di tecnica che Schmieden consiglia, il migliore risultato, si avrà uno stomaco di forma simile al normale, e la nuova via gastrica sarà, come prima, quanto a insulti meccanici nel sanso di Aschoff e di Schmieden, il *locus minoris resistentiae*. V'ha poi di più. Effettivamente la forma del nuovo stomaco differisce di molto dalla forma gastrica normale, e la piccola curvatura viene a far sperone o sporgenza nel lume del viscere col risultato funzionale che i cibi vi esercitano maggiore pressione o vi ristagnano addirittura. La sua disposizione all'ulcera per effetto del trauma, è maggiore di quella che non fosse prima. Inoltre essa viene percorsa in tutta la sua lunghezza da una cicatrice, che per il fatto solo di essere tale è facilmente ledibile e poco sanabile.

Quanto all'idea, già sostenuta anche da Keiser e da Bauer, che il pericolo di un'ulcera sulla nuova via gastrica sia tanto minore quanto più la via è lunga, l'A. non ammette che ci sia una determinata dannosità in ogni determinato pasto, la quale debba essere scaricata uniformemente in ogni punto della via che il cibo percorre, e pensa invece che tanto maggiori siano le possibilità di un'ulcera per effetto delle cause traumatiche quanto più numerosi siano i punti esposti a queste cause.

E l'artifizio, apportato da Goetze e raccomandato da Schmieden, di ritardare lo svuotamento dello stomaco mediante una formazione speronata che si diparte ad angolo retto dalla grande curvatura e viene a far sporgenza nel lume dello stomaco contro la corrente dei cibi, non può che aggravare il pericolo di una recidiva di ulcera. Poichè, mentre nel cosidetto svuotamento tumultuoso dello stomaco la forza che dovrebbe contribuire all'insorgenza dell'ulcera peptica, incontrando la prima ansa del tenue si espande su una superificie relativamente ampia, nel caso della plastica suddetta urta contro la sporgenza che è relativamente piccola, e che per effetto della sutura ha inoltre la superficie rivolta alla corrente gastrica, formata di tessuto cicatriziale.

Schmieden interpreta la sua escissione della via gastrica come una asportazione del midollo dorsale dello stomaco: midollo gastrico che è malato e dal quale si dipartono gli spasmi e l'ipertonia dello stomaco. Ora, saranno le parti malate quelle che provocano gli spasmi e la ipertonia, e chi voglia ovviare a questi dovrà aver cura di asportare, sì, ciò che è malato, ma di rispettare le parti sane, che sovrintendono all'equilibrio trofoneurotico dei tessuti. Ebbene, l'A. osserva che le parti malate di questo così detto midollo dorsale dello stomaco (e la immagine non gli sembra nemmeno troppo felice) vengono asportate in qualsiasi operazione radicale.

Di passaggio sia poi accennato che secondo l'esperienza dell'A., le grandi operazioni plastiche dello stomaco non sono tecnicamente molto facili. La difficoltà di accesso della parte cardiale della piccola curvatura, e la frequente impossibilità di chiudere sicuramente con kleumsen elastici tutte le aperture gastriche e le superfici sanguinanti, possono favorire la fuoriuscita di contenuto gastrico e di sangue, e con ciò ridurre fortemente l'asepsi e il controllo.

Infine, l'A. prende posizione contro l'assioma che l'ulcera gastrica debba essere ritenuta una affezione di tutta la vita, la quale può nel caso favorevole, essere portata dalle cure mediche ad uno stadio di latenza, ma non mai a guarigione. Egli osserva invece, che, sia la chirurgia, sia l'anatomia patologica, raccolgono spesso dimostrazioni di ulcere gastriche cicatrizzate senza che da diecine d'anni vi fosse accenno di recidiva; e — contrariamente a Schmieden, il quale, posta la diagnosi d'ulcera, opera in ogni caso incondizionatamente, e se mai ricorre alla cura interna per differire l'operazione ad un momento più favorevole, in latenza di sintomi — Kirschner tenta da prima, in ogni caso di ulcera gastrica non complicata, la cura interna, ed opera soltanto quando questa abbia fallito.

BAGGIO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

BRUGSCH T. *Allgemeine Prognostik.* Zweitc Auflage. Wien, 1922. Urban und Schwarzenberg.

Il notevole sviluppo assunto dagli studi sulle costituzioni ha avuto non lieve ripercussione sulla interpretazione dei vari quadri morbosi e specialmente sul particolare andamento che la malattia assume nei vari individui.

Onde il tentativo di ricercare e di porre in rilievo l'importanza dei fattori puramente individuali nel decorso delle varie affezioni non solo, ma l'importanza che lo studio dei detti fattori può avere nello stabilire il criterio di prognosi. Il volume del Brugsch raccoglie tutti gli elementi rilevabili con ogni metodo di ricerca relativi alla costituzione, ma non solo per quanto rifletta l'habitus, ma specialmente per quanto riguarda le varie attività funzionali, sia degli organi di movimento che dei singoli organi interni, e particolarmente delle ghiandole a secrezione in-

terna. Inoltre l'A. pone in rilievo l'importanza che nelle varie malattie, hanno le alterazioni costituzionali determinabili con i diversi metodi di ricerca, e come dallo studio di questi e dalla osservazione del decorso della malattia possa essere più esattamente enunciato il giudizio di prognosi. *Tr.*

SCHWALBE J. *Diagnostische und therapeutische Irrthumer und deren Verhütung. Innere Medizin.* Vol. 9°: MATTHES. *Infektionskrankheiten.* G. Thieme, editore. Lipsia, 1923.

Il 9° fasc. della collezione dello Schwalbe, relativa agli errori diagnostici e terapeutici ed al modo di evitarli, è dedicato alle malattie infettive, ed è opera del Matthes. Ad una parte generale che riguarda gli errori diagnostici e quelli terapeutici nei casi di malattie infettive, nelle quali spesso per un periodo nemmeno breve mancano sintomi particolari, e sono presenti soltanto la febbre e lo stato generale settico, segue una parte speciale dedicata alle varie malattie infettive. In essa sono trattate il tifo, la tubercolosi miliarica, le sepsi criptogenetiche, e fra le forme a febbre recidivante, la malaria, la melitense, la febbre di 5 giorni, la febbre ricorrente. Un capitolo particolare è dedicato a tutte le malattie esantematiche ed un altro a quelle forme infettive che dimostrano alterazioni particolari a carico di un qualche organo. Da ultimo sono trattate la meningite epidemica, la malattia di Heine-Medin, l'encefalite epidemica, e inoltre il tetano, la rabbia, la morva, il carbonchio.

Per ogni malattia sono chiaramente discussi i singoli sintomi, mettendo in rilievo il valore di ognuno di essi, e l'importanza nella guida ad un giudizio diagnostico.

Nulla vi è di superfluo, nulla di prolisso, e la completa e chiara trattazione della materia rende tale fascicolo di particolare interesse ed utilità, potendo essere di ottima guida nello studio complesso ed alle volte arduo delle malattie infettive. *Tr.*

STURSBERG H. *Technik der Wichtiegsten Eingriffe in der Behandlung innerer Krankheiten.* Bonn, 1023. Webers, M. E.

È un breve compendio riguardante la tecnica dei più importanti interventi nel trattamento delle malattie interne. In esso sono date tutte le indicazioni ed avvertenze necessarie nella esecuzione delle svariate punture esplorative, nella toracentesi e paracentesi, nei vari metodi di indagine nelle affezioni dell'apparato gastro-intestinale nel cateterismo vescicale. Numerose illustrazioni schematiche completano il testo.

Si presenta come particolarmente utile allo studente ed al medico pratico. *Tr.*

J. PARISOT et G. RICHARD. *Les glandes endocrines. Leur valeur fonctionnelle.* Gaston Doin, édit., Parigi, 1923. Fr. 15.

È stata opera veramente meritoria quella degli AA., ben conosciuti come esperti cultori di endocrinologia, di aver voluto offrire agli studiosi, riuniti in un elegante volume, i metodi di esplorazione clinica in uso per giudicare dello stato funzionale delle ghiandole a secrezione interna.

Dopo una rapida esposizione dell'anatomofisiologia normale e patologica dell'apparato neuroglandolare gli AA. trattano dei metodi di ricerca in generale e dei loro fondamenti scientifici. In una terza parte sono discussi ed esaminati, sopratutto in base a numerosi controlli praticati dagli AA., la tecnica relativa ai detti metodi e le applicazioni per lo studio clinico di ciascuna ghiandola endocrina.

Particolare riguardo è stato posto nel rilevare quale valore questi metodi possano avere, agli effetti di una giusta diagnosi, nello studio degli stati di disfunzione frustra. Gli apprezzamenti dei risultati sono volta per volta esaminati mettendo in chiaro quanto secondo l'esperienza degli AA. sia opportuno e quanto invece esagerato od erroneo e permaturo indurre. D. MASELLI.

O. NAEGELI. *Krankheiten des Blutes und der Drüsen mit innere Sekretion.* — COLLV *Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung.* Innere Medizin. Lipsia, Thieme, 1923, p. 68. L. 6.75.

sentazione del lavoro, a proposito del quale dispiace che la limitazione del compito assegnato impedisce la trattazione per esteso di argomenti così interessanti e nei quali gli Italiani hanno portato un grande e tanto importante contributo. In realtà parecchi quadri morbosi sono così caratteristici che errori diagnostici sono appena possibili. Peraltro, dagli incompetenti la diagnosi spesso non si fa.

Il maggior svolgimento è dato alle leucemie e al morbo di Basedow, affezioni tipo dell'una e dell'altra specie di malattia in discussione, mentre delle altre malattie sono ricordati i tratti più salienti. Malgrado l'esiguità della mole qualche nuova cognizione vi si attinge sempre. E. M.

ZWEIG W. *Lehrbuch der Magen, und Darmkrankheiten.* Dritte Auflage. Wien, Urban und Schwarzenberg, 1923.

Dopo 10 anni dalla seconda edizione compare ora la terza edizione del trattato dello Zweig sulle malattie dello stomaco e dell'intestino, recando in esso il contributo che anche in questo campo ha portato il perfezionamento dei metodi clinici di indagine e di ri-

cerca. In una prima parte d'indole generale l'A. tratta della fisiologia della digestione della nutrizione e del ricambio; della importanza delle diverse diete; passa quindi alla esposizione particolareggiata dei metodi di indagine nello studio delle malattie dello stomaco e dell'intestino e da ultimo si sofferma sulla terapia fisica e medicamentosa. Nella seconda parte tratta particolarmente delle varie malattie dello stomaco sia organiche che funzionali e parimenti di quelle dell'intestino.

L'esposizione chiara e completa, la ricchezza di particolari tecnici e l'ampia trattazione delle singole forme morbose rendono questo volume di non comune interesse ed utilità.

Tr.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta ordinaria del 24 gennaio 1924.

Presidenza: Prof. GIUSEPPE PIANESE, presidente.

Sopra un caso di struma intratracheale.

Prof. GRADENIGO G. — L'O. riferisce su di un caso di struma o meglio tiroide intratracheale. Si tratta di un uomo robusto di 60 anni il quale da circa un anno e mezzo avverte difficoltà di respirazione a carattere progressivo, con voce ben conservata. All'esame si nota un tumore sottoglottico con larga base di impianto tutto attorno alle pareti dello spazio sottoglottico, di colorito roseo, non ulcerato. Intervento per via esterna: tracheotomia bassa con incisione sulla linea mediana degli anelli superiori della trachea, dell'anello cricoideo e della membrana criro-tiroidea, rispettando la cartilagine tiroide. Attraverso a questa vasta via di accesso si fa l'asportazione del tumore. Si mantiene *in situ* una cannula per 3 giorni poi si sutura il resto della incisione tracheale. Guarigione regolare, respirazione libera, voce normale. Si tratta di tessuto tiroideo che penetra, come hanno dimostrato Paltauf e Gödel, nell'interno del lume laringo-tracheale, dissociando le fibre della membrana che unisce la cricoide al primo anello tracheale e che col suo progressivo accrescimento determina i fenomeni di dispnea. La affezione è assai rara e nella letteratura fino al 1922 ne erano registrati 22 casi. Dopo l'asportazione non si ha di solito recidiva. La sede, la forma e l'aspetto del tumore rendono agevole la diagnosi.

Sul significato biologico delle automutilazioni dei pazzi studiato al lume delle autotomie zoologiche.

Prof. ROMANO A. — L'Antropologia degli anormali deve, oltre che dei fenomeni statici degenerativi, occuparsi anche dei fenomeni dinamici degenerativi col metodo filo-ontogenetico, studio che l'O. si propone ad iniziare con questo suo modesto saggio. All'O. non è parso giusto che i numerosi casi di automutilazione che pur si verificano con frequenza nei pazzi, malgrado tutte le previdenze, restassero senza classifica e senza significato biologico, al più accostati ai tentativi di suicidio, il che non è sempre esatto; mentre che accostandole alle autonomie zoologiche, esse vengono di un tratto illuminate dalla luce della biologia.

Esposta una casistica di automutilazioni selezionate, l'O. mette in rilievo alcuni casi di personale osservazione della categoria delle mutilazioni genitali, come meglio rappresentativi. Parla delle autonomie della filogenesi, ne accenna la classifica e le leggi che la governano, ribadisce la analogia del fenomeno zoologico con quello degenerativo pazzesco. Anche le autotomie pazzesche hanno la loro varietà e sottospecie che aumentano la classifica in genere delle autotomie, esse anzi dànno le autotomie a contenuto psichico in cui entra il fattore volontà, sia anche morboso, mentre quelle zoologiche sono date dalla necessità della lotta per la esistenza ed ubbidiscono ad un rifles-

so istintivo, allenato sulla specie dalla millenaria esperienza. Come quelle zoologiche, le autotomie umane hanno il meccanismo di produzione simile; non possono essere rigenerative organiche, come quelle degli animali, ma sono arcanamente rigenerative della personalità psichica, perchè spesso dopo l'autotomia ritorna la ragione e la personalità si rigenera. Quindi una finalità terapeutica esiste, come la rigenerativa organica e difensiva negli animali. Le categorie delle autotomie a contenuto ed a movente psichico sono date solo dall'uomo. Per l'O. questi fenomeni dinamici regressivi nella serie biologica sono assai più importanti e rappresentativi dei fenomeni statici morfologici degenerativi puramente formali, che innanzi alla indagine rigidamente biologica restano muti come la sfinge.

Il socio ZAPPELLI G. fa osservare all'O. che per una serie di considerazioni morfologiche, fisiologiche, cliniche, non è possibile tentare un ravvicinamento fra le autotomie zoologiche e le automutilazioni degli alienati. A. CHISTONI.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta ordinaria del 12 maggio 1923.

Presidenza: R. TAMBRONI.

Malattie professionali: «la cefalea degli chauffeurs».

G. BOSCHI. — Tale cefalea è data dal fatto che la crisi di cefalea insorge in rapporto di tempo coll'affrontamento dell'atmosfera freddoumida e cessa quasi immediatamente, dieci-quindici minuti dopo, allorchè il soggetto siasi fermato in ambiente riparato e caldo.

Anche nei predisposti la sottrazione ai fattori irritanti professionali determina la scomparsa dell'accesso: ma questo succede più tardi, per esempio, dopo un'oretta.

Rimedi: in certi climi, nella stagione fredda, adottare per il copricapo d'ordinanza degli *chauffeurs* professionisti una foggia che ricordi il passamontagna, anzichè il beretto alla Bulow, i dilettanti, se lo credono, si regolino in conformità.

Un caso di anomalia riguardante l'origine dei tronchi arteriosi sopraortici e sua spiegazione embriogenetica.

A. BONORA. — L'O. illustra un caso di anomalia riguardante il numero e l'origine dei tronchi arteriosi sopraortici e consistente nell'assenza del tronco brachio-cefalico, nell'origine di un tronco comune delle due carotidi primitive, nell'anomala origine dell'arteria subclavia destra dalla faccia posteriore dell'arto aortico, nel punto in cui questo si continua con l'aortica toracica, dal passaggio, infine, di detta arteria subclavia di destra dietro l'esofago per portarsi al lato che le corrisponde.

La rigidità ipertonica e la labilità fonotropa dell'atrio destro negli individui vagotonici.

S. MONGINI. — Nell'individuo fisiologico l'atrio destro presenta il margine superiore all'altezza della terza cartilagine costale e sporge per un buon tratto lateralmente al margine destro dello sterno. All'opposto nei pazienti neurastenici, il margine craniale dell'appendice auricolare destra si trova abbassato sino al livello della quinta cartilagine costale destra; ed il margine laterale dell'atrio destro sporgeva di appena un centimetro dalla linea margino-sternale; od anco si nascondeva (insieme all'auricola), completamente dietro lo sterno. Quanto all'auricola sinistra, essa si trovava alla sua altezza normale.

La retrazione dell'atrio destro, sia rigida, sia labile, poteva essere in quasi tutti tali individui attribuita ad uno speciale stato psichico (ordinariamente melanconico), o ad uno stimolo emotivo.

Ma ciò che costituiva il vero substratum del fenomeno era la coesistenza di una sindrome vagotonica (stipsi abituale, spasmo dell'esofago, o del cardias, stasi venosa periferica, ipotensione arteriosa, dermografismo, accesso di vaso-dilatazione facciale, ecc.). In buon numero di pazienti si trattava di individui songitipi (Viola).

Un artificio destinato ad eliminare la iperreflettività di difesa, perturbante la valutazione del fenomeno di Babinski.

C. MINERBI. — A tale scopo basta vallicare per lungo tempo persistentemente il cavo della pianta del piede mediante un penello od altro arnese qualsiasi morbido al tatto.

Con tale artificio la iperreflettività di difesa si esaurisce rapidamente ed il fenomeno di Babinski subentra nella sua assoluta purezza.

Ricerche sulle agglutinabilità del bacillo del tifo coltivato in terreno contenente siero immune.

S. ANDRIANI. — L'O. ha istituito una serie di ricerche per osservare, primo, se coltivando il bacillo del tifo in terreno contenente siero immune si avessero modificazioni nella agglutinabilità; secondo in che modo e in che grado tali modificazioni si producessero. I risultati di cui l'O. è giunto sono i seguenti:

1) coltivando il bacillo del tifo in brodo contenente siero immune in proporzioni varianti dall'1 % al 30 %, si ha una diminuzione considerevole nell'agglutinabilità del germe (riduzione di circa 3/4 dell'originaria);

2) tale diminuzione non è in rapporto con la quantità del siero immune contenuto nel brodo, presentandosi essa pressochè uguale coltivando il germe tanto nelle minime come nelle massime percentuali suddette;

3) tale diminuzione si determina in modo brusco e repentino al primo trattamento del germe con il siero comune, non rimane ulteriormente influenzato che in minimo grado a traverso le generazioni successive ottenute coltivando il germe in brodo contenente sì quantità costanti come quantità crescenti di siero immune;

4) la diminuizione dell'agglutinabilità in qualsiasi modo ottenuta è transitoria, ritornando questa al valore originario appena il germe viene rimesso in condizioni idonee di sviluppo;

5) la diminuizione che così si verifica è probabilmente il prodotto di un fatto inibitorio determinatosi nella sostanza agglutinabile della cellula batterica in seguito all'azione delle agglutinine del siero immune durante lo sviluppo del germe.

Contributo alla conoscenza delle alterazioni istologiche del midollo spinale nella lebbra.

S. ANDRIANI. — Dalle esposte ricerche, eseguite sul midollo spinale appartenente ad individuo lebbroso, sono emersi i seguenti fatti:

1) Assenza di bacilli e di elementi leprosi.

2) Aumento del connettivo nella dura meninge e nella pia, con infiltrazioni e plasmatocitiche in vari tratti di questa e nel tessuto nervoso.

3) Degenerazione delle cellule gangliari delle corna posteriori e della colonna di Clarke; rarefazione delle guaine mieliniche e dei cilindrassili, specialmente nei cordoni posteriori, con conseguente proliferazione della glia; rarefazione delle radici spinali, maggiore nelle posteriori; obliterazione del canale centrale con scomparsa o riduzione degli elementi ependimali.

4) Presenza di corpi speciali, di forma sferica, di grandezza varia, di aspetto omogeneo, a reazione spiccatamente basofila, sparsi o raggruppati nel tessuto nervoso, in maggior copia della sostanza bianca, simile ai corpi ugualmente riscontrati nel fegato e nella milza dello stesso individuo: la loro sostanza che può escludersi essere costituita da amiloide, da jalino, da grasso, da muco, da glicogene, da ferro da calcio, da lipoidi, deve ritenersi verosimilmente formata da jalino non completamente differenziato.

5) Le suddette lesioni sono apparse più diffuse e più accentuate nel segmento cervicale e nel segmento lombare: nei due segmenti metamericamente corrispondente ai territori cutanei maggiormente lesi.

Un singolare e non frequente disturbo verbale in una demente paralitica (palilalia monosillabica)

E. PADOVANI. — L'O. riferisce l'osservazione di una donna malata di demenza paralitica che, tra gli altri noti disturbi che caratterizzano la forma, ne presenta uno singolare e inconsueto, in quanto le osservazioni finora note di esso si riducono a poco più di una diecina. Si tratta del fenomeno della *palilalia* che consiste nella ripetizione dell'ultima o delle ultime parole che la malata dice, sia che monologhi per conto proprio, sia che risponda a domande che le vengono rivolte.

Nel caso descritto dall'O. la malata si limita quasi sempre alla ripetizione soltanto dell'ultima sillaba della parola; e per questo ch'egli chiama tale palilalia «monosillabica».

Seduta ordinaria del 12 *luglio* 1923.

Presidenza: R. TAMBRONI.

L. GIANNELLI. — *Processo secretorio nel corpo di Wolff dei mammiferi.*

A. BONORA. — *Sviluppo delle pliche nella mucosa dell'ovidutto in L. Cuniculus.*

Dott. PADOVANI.

Associazione di Medicina Legale di Catania (Sezione Medica).

Molto interessante riuscì la seduta dell'Associazione di Medicina Legale (Sez. Medica) tenutasi il 12 dicembre u. s. sia per l'importanza degli argomenti che vi furono trattati che per la viva parte presa dai numerosi Soci convenuti alla discussione.

Il prof. BUSCEMI si intrattiene per primo a parlare sulla valutazione delle concause in penale nelle polmoniti consecutive a traumi del torace. Illustra un caso peritale relativo ad un individuo ferito di coltello al polmone sinistro e morto in dodicesima giornata in seguito ad un processo di polmonite fibrinosa destra secondaria a fatti lievi di bronco-pneumonite del polmone leso risoltisi in quinta giornata dal ferimento. L'O. dimostra come nella fattispecie non ricorsero gli estremi atti ad integrare la figura della concausa susseguente indipendente dal fatto delittuoso.

Il prof. BUSCEMI ed il dott. MIGNECO riferiscono su alcune ricerche sperimentali intorno alle variazioni che subisce il tempo di sopravvivenza dei vasi dopo la morte nelle varie condizioni ambientali in cui viene posto il cadavere e nei vari generi di morte.

Dai risultati di questa prima serie di indagini gli OO. deducono che effettivamente il tempo di sopravvivenza sia delle sinapsi, sia delle fibrocellule muscolari lisce dei vasi (desumibile dal limite massimo della loro capacità a reagire alla adrenalina, alla guipsina, al citrato di sodio, ecc.) varia secondo che il cadavere venga esposto all'aria, ovvero sia inumato, o sommerso in acqua, o messo in ambiente a temperatura bassa od elevata, ecc. Anche il genere di morte esplicherebbe la sua influenza: così il dissanguamento sembra consentire un maggior tempo di sopravvivenza, soprattutto del sistema giunzionale.

Il dott. SAITTA riferisce sulle lesioni polmonari consecutive a traumi al capo, ad asfissia per ossido di carbonio e ad avvelenamento stricnico. Le sue indagini sperimentali, eseguite su cani, lo portano a concludere negativamente circa la possibilità di insorgenza di focolai bronco-pneumonici in seguito ai traumi ed alle intossicazioni di cui sopra. Tuttavia, tenendo conto che la indagine sperimentale è ben lontana sovente dal riprodurre le entità traumatologiche che si realizzano nella pratica, non crede si debba senz'altro affermare che la casistica in proposito rappresenti dei puri fatti coincidenziali.

Il dott. MARINO-LONGO espone i risultati di ulteriori indagini sulla sedimentazione del sangue nelle asfissie. Questa non subisce variazioni di sorta sia adoperando sangue venoso, sia sangue arterioso, sia variando la quantità del mezzo anticoagulante (soluzioni in Ringer di citrato di sodio a varia concentrazione).

Il dott. MILAZZO si intrattiene a parlare sulla psico-analisi. L'O. accenna alle teorie di Freud e della sua Scuola e discute sulla applicazione dei metodi psico-analitici nel campo delle psico-neurosi isteriche ed in quello della criminologia.

Prof. A. BUSCEMI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Artriti croniche non tubercolari dell'anca nei giovani.

Venivano un tempo classificate fra le coxiti, mentre ne differiscono per l'evoluzione, l'anatomia patologica e l'esame radiologico. Froelich (rif. in *Scalpel*, 22 dic. 1923) ne distingue quattro tipi, che hanno tutti i seguenti sintomi comuni: Zoppicatura che rassomiglia a quella della lussazione congenita (spostamento laterale, mentre nella coxite il tronco si inclina in avanti); Atrofia (comune con la coxite, in cui si trovano gangli nel triangolo di Scarpa, febbre vespertina ed alterazioni dello stato generale); Spostamento del gran trocantere in alto.

1) *Forma secca con lussazione progressiva della testa.* — In bambini che hanno sempre camminato bene, si sviluppano dolori e claudicazione, non si ha adenopatia; la malattia procede per crisi con periodi di calma. Allo esame radiografico, si riscontra la testa femorale normale, il tetto della cavità cotiloide scompare, la testa si lussa; l'osso resta denso. Lo stato generale è ottimo.

2) *Forme secche con affondamento* (lussazione centrale della testa). — Patogenesi oscura; processo limitato al fondo del cotile; il trattamento può dare buoni risultati.

3) *Coxa vara essenziale da crescenza* (epifisite femorale dei grandicelli). — Si osserva a 12-18 anni; non è una vera coxa vara; l'angolo di inclinazione del collo sulla diafisi è normale; si tratta invece del nucleo epifisario scivolato sopra una cartilagine di coniugazione alterata. Clinicamente si ha un cammino pesante, difficoltà all'abduzione; il piede è in rotazione esterna, il trocantere sporgente. Radiologicamente si osserva che il nucleo della testa diminuisce continuamente di volume, scivola verso il basso; ad evoluzione terminata esso si risalda. Dura un anno e mezzo a due anni e termina con la rigidità articolare o la soppicatura se non è trattata.

4) *Osteocondrite deformante giovanile.* — Si ha a 4-5 anni; è caratterizzata da un'alterazione della cartilagine di coniugazione senza lesione del cotile. Il nucleo epifisario si appiattisce, si frammenta e scorre in avanti, dietro al collo, ad evoluzione terminata, la testa è molto deformata, la parte superiore appiattita. Come segni clinici, si hanno dolori, claudicazione, adduzione. Termina con claudicazione, dopo uno o più anni.

Il trattamento è identico per tutte le forme. Sottrarre l'articolazione al peso del corpo; riposo relativo, tenere le gambe divaricate, per apporsi alla contrattura; medicazione ricalcificante. Quando il malato ha una forte contrattura in adduzione, possono consigliarsi gli interventi operativi. *fil.*

La coxa vara.

In presenza di un vizio di posizione dell'arto inferiore, caratterizzato dalla rotazione esterna dell'arto, senza abduzione, si può anzitutto escludere la coxite e concludere per una soluzione di continuità. Si deve allora esaminare la regione dell'anca, mettendo il malato su di un piano resistente e passare la mano sinistra sotto la regione lombare. Mancano nella coxa vara l'insellatura e la flessione del femore; invece, quando si prende il ginocchio e si cerca di fletterlo sulla coscia, si sentono le apofisi delle vertebre lombari che si avvicinano al piano del letto, contro la mano.

Si osserva che nell'anca in esame, mancano i movimenti di flessione che si fanno per compensazione. Analogamente mancano i movimenti di abduzione e di rotazione, fatto che si rileva tenendo fissa la spina iliaca.

Questa anchilosi dell'articolazione coxofemorale si accompagna ad una diminuzione dell'angolo di inclinazione del collo femorale, che da 120°-127° scende a 90° ed anche meno; il femore poi si mette in abduzione, e si ha inoltre la rotazione esterna.

Le cause della coxa vara possono essere oltre la frattura del collo femorale che può prodursi a tutte le età, lo scollamento epifisario, il rachitismo, l'artrite secca (nei vecchi); l'anchilosi completa si può avere per sifilide ereditaria, tubercolosi, osteomielite.

Per quanto riguarda la cura, Delbet (*Journ. des praticiens*, 27 ottobre 1923) presentando un malato che, nonostante l'accorciamento di tre centimetri, non ha che un'impotenza limitata, ritiene che non sia il caso di pensare ad osteotomie; l'attitudine viziosa può essere migliorata semplicemente per mezzo di trazioni elastiche.

Le artralgie nel corso della sifilide.

Possono osservarsi tre varietà:

1) *Altralgie sifilitiche propriamente dette.* Sono le manifestazioni acute o subacute del pseudoreumatismo infettivo sifilitico e si manifestano in qualunque periodo della sifilide acquisita od ereditaria. I dolori articolari del

periodo secondario sono classici, senza segni obbiettivi, attenuati dal movimento e con esacerbazioni notturne; gli analgesici abituali sono senza azione. Ma le artralgie possono apparire in qualunque periodo dell'infezione, in concomitanza con l'ulcera o nel periodo terziario; sono caratterizzate dal fatto che tutte cedono alla cura specifica. Così quelle della eredosifilide, che si manifestano con dolori, notturni o non, e fanno credere ad un dolore reumatoide o da crescenza, cedono alla cura jodurata.

2) Le *sinovo-recidive*, sono forme acute o subacute che si manifestano sia sotto l'influenza della cura specifica, sia per altra causa capace di risvegliare l'infezione latente; rappresentano la forma sinoviale della reazione di Herxheimer. In presenza di esse, è necessario prolungare la cura.

3) *Artralgie tossiche.* — Su di esse insiste particolarmente P. Blum (*Bull. médic.*, 1923, n. 31). La causa ne è unicamente il medicamento utilizzato. Di regola però, l'intolleranza non si manifesta con la sola artralgia, ma vi si accompagnano il prurito, l'orticaria, ecc. Esse indicano che si deve avere molta prudenza, e si devono sorvegliare tutte le reazioni dell'organismo alla cura, per la quale ad ogni modo non è consigliabile l'aumento delle dosi. *fil.*

TERAPIA.

La prevenzione dello "shock" postoperatorio.

La preparazione dei malati ed il valore delle cure post-operatorie hanno una notevole importanza nella riuscita di un'operazione, che può venir compromessa dalla mancanza o dalla insufficienza delle necessarie precauzioni. Misrachi (*Presse Médicale*, 1923, n. 50) dà in proposito i seguenti consigli.

Preparazione ad un grande intervento: oltre ai consueti esami, è importante il dosamento dell'urea nel sangue e lo studio della tensione arteriosa differenziale; quando la tensione si riveli insufficiente, si daranno i tonici cardiaci od eventualmente si ritarderà la operazione. La parte psichica, nel senso di incoraggiare il malato, ha pure grande importanza; così pure è utile dare prima dell'anestesia uno stupefacente accompagnato da stricnina. Si eviterà altresì il digiuno preoperatorio troppo prolungato, che indebolisce il malato e può essere causa di acidosi.

Durante l'operazione: è importante sorvegliare la temperatura della sala operatoria, di tenere ben caldo il paziente, eventualmente usando delle tavole riscaldate; si tenga inoltre pronta della soluzione fisiologica calda.

Periodo post-operatorio: la soluzione fisiologica può essere di grande utilità sia per iniezioni sottocutanee, sia per mezzo del «goccia a goccia» rettale, più consigliabile quando non si tratti di casi di estrema urgenza; i sieri zuccherati, se usati per via rettale col «goccia a goccia», vanno opportunamente diluiti; per via sottocutanea, salvo il siero lattosato, determinano facilmente infezioni; per via endovenosa provocano brivido, seguìto da elevazione termica che può essere dannosa al malato.

Fra i medicamenti, l'A. consiglia: l'olio canforato al 20 %, a dosi non superiori a 5 cmc., con aggiunta di etere; la stricnina pure per iniezioni a dosi di due mg., ripetute due volte al giorno; se l'azione di questi medicamenti è insufficiente si ricorrerà senz'altro all'adrenalina (non oltre 1/2 mg. per volta e non oltre mg. 1 e 1/2 al giorno) meglio se diluita con siero artificiale; essa può produrre a volte dei veri miracoli. Nel caso di tensione arteriosa deficiente, si darà la digitalina (XXX gocce in tre giorni; nei casi gravi arrivare a XX-XXV in un sol giorno); anche l'alcool è un buon tonico circolatorio e si può dare in forma di cognac (40-60 cmc. due volte al giorno, diluiti in soluzione fisiologica ed introdotti col «goccia a goccia»). Indiscutibile è l'utilità delle inalazioni di ossigeno a dosi deboli e prolungate. Quando, malgrado questi rimedî la circolazione non migliora, non si deve esitare a ricorrere alla uabaina (XXX gocce in due volte). Accessoriamente si può dare la caffeina o la teobromina.

Per evitare complicazioni polmonari, si sorveglierà l'antisepsi boccale, si faranno frizioni toraciche con trementina, si terranno gli ammalati in stanze ben calde e si applicheranno in prevenzione delle ventose. Contro la paralisi intestinale che determina il meteorismo ed aumenta la dispnea, l'A. consiglia la peristaltina associata a 1/2 mg. di atropina; un'azione entero-cinetica si può ottenere con l'estratto totale di ipofisi che ha anche un leggero effetto antiemorragico. La cura di molti altri particolari nell'assistenza sarà altresì molto utile per prevenire lo «shock»; fra essi l'A. insiste specialmente sulla fasciatura che deve essere fatta a dovere e non troppo stretta.

fil.

Le operazioni nei vecchi.

In casi d'urgenza l'età non influenza in nessun modo l'indicazione operatoria. Eccettuati tali casi però, l'età diventa un fattore di cui si deve tener conto nella discussione sull'intervento. Molti medici ritengono, che

un'operazione utile se non necessaria, deve essere respinta per il solo fatto che l'individuo ha 65-70 e più anni. J. Laurence (*Journal des praticiens*, 7 nov. 1923) ritiene che tale opinione sia esagerata. Il grado di integrità degli organi essenziali ha certamente un valore di primo ordine per la prognosi operatoria, ma non è sempre funzione dell'età, poichè è a tutti noto che vi sono individui di 40-45 anni molto più deficienti a tale riguardo che non dei vecchi di 70-80 anni. L'A. cita, a conforto della sua tesi, diversi casi di individui di età avanzata (anche 82 anni) operati di cisti ovarica, di isterectomia totale, di gastro enterostomia, ecc. anche contro il parere contrario di alcuni medici e pure guariti completamente.

Si deve quindi concludere che l'età *da sola*, non deve controindicare un'intervento chirurgico importante. Quando sarà possibile, si opererà con anestesia generale, riducendo al minimo la durata dell'atto operatorio. Il soggiorno in letto sarà per quanto possibile abbreviato e si sostituirà la posizione seduta o semi-seduta al decubito dorsale *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Patogenesi della pancreatite.

Brocq e Binet (*La Presse Méd.*, 7 marzo 1923) cercano dimostrare l'origine canalicolare della pancreatite emorragica.

Legando o tagliando il dotto pancreatico non hanno riscontrato alcuna alterazione, mentre con la legatura seguita da iniezione di un liquido (soluzione di soda, formalina, acido cromico, ecc.) hanno avuto risultati positivi. Risultati positivi sono seguiti, come aveva dimostrato Claudio Bernard, all'iniezione di bile nel wirsungiano purchè eseguita nel periodo digestivo. Dei componenti della bile è attivo il glicolato di sodio, inattivi il taurocolato e la biliverdina. Anche l'iniezione di enterochinasi produce la pancreatite emorragica pur essendo privata di bile e di succo gastrico, così pure i leucociti senza microbi.

I diversi agenti patogeni agirebbero modificando il succo pancreatico, attivando cioè, nell'interno della ghiandola la tripsina, la lipasi e l'amilasi che si trovano allo stato di profermenti. L'ematoma e la steato-necrosi che si verificano sarebbero dovuti alla digestione dei canali e dei vasi per opera della tripsina ed allo sdoppiamento dei grassi dalla lipasi.

Un riflusso di bile nel dotto pancreatico può verificarsi in molte circostanze (calcolo della ampolla di Vater, aumento di pressione nelle vie biliari, spasmo dello sfintere di Oddi) e quello dell'enterochinasi nella stasi duodenale con presenza di un dotto anomalo del Santorini.

La morte sarebbe dovuta ad autointossicazione. Dagli esperimenti deducono la condotta in casi clinici: digiuno, neutralizzazione del succo gastrico con bicarbonato di sodio, somministrazione di piccole dosi di belladonna per arrestare la secrezione pancreatica. Chirurgicamente detersione dell'ematoma e dei frammenti necrotici, scarico della pressione biliare con colecisto-enterostomia. BRANCATI.

NOTE DI TECNICA.

Dosamento dell'acido benzoico nella margarina.

L'uso dell'acido benzoico e del benzoato di sodio per la conservazione della margarina tende a diffondersi sempre più in Germania, dove è stato autorizzato durante la guerra fino alla proporzione di g. 2 per Kg.

O. Köpke e E. Bodländer (*Zeit. f. Unters. d. Nahrungs-und Genussmittel*, vol. XLIII, p. 345) per dosare l'acido benzoico consigliano il metodo seguente: fondere la margarina ed agitarla con una soluzione di bicarbonato di sodio chiarificare una parte aliquota della soluzione, aggiungendovi del solfato di ammoniaca, acidificare con acido solforico ed agitare con una miscela di etere e di etere di petrolio. Allontanare i solventi, evaporarli e disciogliere nell'acqua l'acido benzoico che rimane come residuo; titolare l'acido con soda normale in presenza di fenolftaleina. A. F.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Nella paralisi pseudo-ipertrofica. — All'abb. n. 10690:

Purtroppo non esiste una terapia veramente efficace della distrofia muscolare progressiva.

Gli ammalati debbono stare molto all'aria libera e nutrirsi bene, evitando quei cibi che favoriscono la produzione del grasso. Deve essere assolutamente evitata qualsiasi fatica muscolare, pur mantenendo i muscoli in un certo esercizio. Qualche vantaggio può ottenersi dalle correnti galvaniche, associate a un modico massaggio dei muscoli.

Ogni altro mezzo di cura, e specialmente i tentativi a mezzo di preparati opoterapici, si sono dimostrati completamente inefficaci.

FUMAROLA.

Uso degli arsenobenzoli nella malaria. — Al dott. B. A., abb. n. 10445:

Specialmente durante la guerra, tra i preparati arsenicali, il Salvarsan, il Neosalvarsan, il Salvarsan di rame e d'argento sono stati largamente sperimentati nella malaria acuta, cronica, chinino-resistente. Silatscher.

Summa, Pollock, Weiland, Moreau, Bogan, Kalberlach, Scholossberger, fondando le loro conclusioni su larga messe sperimentale, concludono d'accordo che i preparati salvarsanici si dimostrano nella pratica utile ausilio nella terapia della malaria, ma non valgono ad impedire la recidiva, ed in qualche caso nemmeno a sterilizzare completamente il circolo dalle forme monogoniche. Sulla combinazione chinino-salvarsanica (Ravaut e de Kerdrel, Brulè e Jolivet, Mühlens, Lenotay, Moreau, Wörner, Böhme) il giudizio è concordemente più favorevole. Se si cerca nel dettaglio però delle pubblicazioni degli AA. la prova decisiva che autorizzi il concetto della maggiore efficacia di questi surrogati della chinina, si rimane delusi: chi ha larga esperienza di cure della malaria acuta, cronica, della così detta resistente, con dosi curative di chinina, concluderà che *la chinina* e la *sola chinina* rimane il rimedio sovrano, e che tutti questi surrogati possono offrire notevoli vantaggi solo in casi particolari di intolleranza della chinina.

T. Pontano.

Sul dolore dell'ulcera gastrica e duodenale. — Al dott. M. d. V., abb. n. 1570:

La localizzazione del punto doloroso ha una scarsa importanza nella localizzazione dell'ulcera. Basterà pensare quanto vicine sono l'ulcera pilorica e la duodenale per comprendere agevolmente che non è possibile dire dall'esterno quando il dolore sia riferibile ad una ulcera pilorica quando ad una duodenale; il segno ha anche minor valore se si pensi che lo stomaco non ha corrispondenza fissa ed invariabile con i punti di repere della parete. Il clinico più che sulla localizzazione del punto doloroso fida sulla sindrome funzionale, specialmente riflessa, che la presenza dell'ulcera e le variazioni secretive determinano.

Il dolore dell'ulcera è in parte in rapporto con questa sindrome riflessa (dolore spontaneo o provocato dall'ingestione dei cibi), è in rapporto con lesioni peritoneali (perigastrite periduodenite), è provocato dalle manovre di palpazione. Esistono zone di iperestesie dolorose riflesse sulla cute (sul tipo dei riflessi viscero-sensitivi) e queste zone hanno naturalmente sede piuttosto fissa.

In questo capitolo, come in tutti i capitoli della medicina interna, la valutazione dei complessi sintomatici soltanto può essere utile alla diagnosi e non un segno solo per quanto importante; in tema di ulcera gastrica e duodenale si sa che vale qualche volta più l'anamnesi, che l'esame obbiettivo (25 minuti di anamnesi e 5 di esame obbiettivo); l'indagine radioscopica, che è venuta ad aggiungere *dati di fatto* qualche volta risolutivi, il più delle volte di probabilità, è stata accolta dai clinici come un ausilio prezioso ed indispensabile.

T. Pontano.

Acqua acalcica. — Al dott. V. C. Cammarata, abb. n. 3776:

Mancano ancora a noi elementi di fatto per un giudizio quale lei richiede. Per maggiori dettagli lei si può dirigere direttamente al prof. Gasparrini (Collegio Militare). P.

VARIA

Il capitale umano.

La importanza della salute dei cittadini come fattore dell'economia delle nazioni si mette ogni giorno più in evidenza e sempre più si va imponendo alla considerazione dei governanti.

L'assistenza dei malati, la prevenzione delle malattie, osserva Sicard de Plauzoles (*Vers la Santé*, febbraio 1923) non sono più soltanto un atto di beneficenza, ma il compimento di un dovere, un calcolo d'interesse sociale. Il malato non è soltanto un infelice degno di pietà, è spesso un pericolo, sempre un aggravio. Perciò la medicina, oltre a curare l'ammalato, deve metterlo in condizioni di non nuocere, deve fare in modo che esso non diventi una passività per la società.

In effetti l'uomo è un capitale, che deve essere non solo conservato, ma anche messo in condizioni tali che ne aumentino il valore ed il rendimento.

La medicina sociale considera l'uomo come elemento di una collettività, come un'unità partecipante alla costituzione del capitale umano, un anello della catena che è la razza, una cellula dell'organismo sociale, un fattore della prosperità generale, un procreatore ed un produttore.

Il vigore e la vitalità della razza dipendono dalla qualità dei suoi procreatori; la ricchezza e la potenza di un popolo sono l'espressione del lavoro dipendente dal numero e dalla qualità dei suoi produttori. Il numero e lo stato di salute dei lavoratori sono le condizioni essenziali della prosperità d'una nazione.

L'uomo è un capitale, come una macchina o un cavallo, di cui in economia sociale si deve considerare il prezzo di costo, l'ammortamento, la rendita: la sua produttività è in funzione della sua salute, del suo valore fisico, intellettuale e morale.

Durante il periodo attivo della vita l'uomo sano produce normalmente più di quel che non consumi dalla nascita fino alla morte; quando è malato o invalido produce meno o cessa di produrre e diviene un aggravio per

la collettività. Gli adulti validi devono produrre per i non produttori: ragazzi, vecchi, infermi, invalidi, ecc.

La prosperità generale è quindi dipendente dal rapporto tra il numero dei produttori ed il numero dei non produttori. È tanto più grande quanto maggiore è la quantità dei primi e minore quella dei secondi. Lo scopo da raggiungere è perciò quello di aumentare il numero ed il valore dei produttori e la durata del loro periodo di produttività, di ridurre per quanto più è possibile il numero dei non produttori, lottando contro tutte le cause di invalidità.

Il prezzo di costo P di un uomo varia e può essere calcolato in ogni momento della sua vita: è l'insieme delle spese che egli ha causato fino a quel momento, e che si possono così raggruppare:

n = nascita: spese di maternità (gestazione, parto);
p = allevamento, puericultura;
i = educazione, istruzione;
a = tirocinio;
e = mantenimento;
r = pensione;
m = malattia.

A 18 anni $P = n + p + i + a$.

Alla fine del periodo di produzione:

$$P = n + p + i + a + e$$

Alla morte: $P = n + p + i + a + e + r + m$.

Se si rappresenta con T la produzione totale dell'individuo durante il periodo attivo, il suo valore sociale o utilità sarà misurato dalla formola $T = P$.

L'uomo prende un valore positivo quando T è maggiore di P: $T > P$.

Indicando con CS la parte di carichi sociali che incombe su ciascun individuo e con Y il numero dei produttori, perchè si abbia beneficio collettivo (B) occorre che T sia maggiore di $P + CS$.

T è in funzione di P salvo per quel che concerne le spese di pensione e di malattie. P quindi non può essere ridotto che su questi due ultimi capitoli. Tutte le altre spese sono invece *spese produttive*.

Tutto ciò che aumenta T aumenta B e viceversa.

Tutto ciò che diminuisce CS aumenta B e viceversa.

Tutto ciò, quindi, che aumenta la produttività, che prolunga il periodo attivo di produzione, salute, vigore fisico, intellettuale e morale, aumenta B ossia il benessere sociale.

Tutto ciò che diminuisce i *carichi sociali* CS aumenta B. I carichi sociali comprendono principalmente le spese improduttive derivanti da morti premature, assistenza a malati ed invalidi.

La parte di CS sopportata da ciascun individuo è uguale a $\frac{CS}{Y}$. Aumentando quindi Y, ossia il numero dei produttori, diminuisce il peso a carico di ciascun individuo.

Indicando con X il valore dell'uomo a ciascun momento della vita si ha la seguente equazione: $T - P = \pm X$. Il che significa che a seconda che variano i valori T e P, X ossia il valore dell'individuo ad un dato momento può assumere quantità positive variabilissime ed anche diventare negativa.

In effetti il valore X ha le seguenti oscillazioni:

1) decresce progressivamente dal momento della nascita fino all'età di vent'anni, cioè nel periodo delle spese di allevamento, educazione ed istruzione;

2) ritorna al valore primitivo, ascendendo rapidamente, nel periodo da 20 a 30 anni, quando la produttività è appena sufficiente a compensare le spese sostenute nel primo periodo, è il periodo di ammortamento;

3) cresce sempre da 30 a 55 con effettivo vantaggio dell'individuo e della società, è il periodo di produzione con beneficio;

4) da 55 anni in poi la produzione decresce progressivamente fino a cadere al disotto delle spese di mantenimento.

La morte e la malattia distruggono il capitale umano, specialmente quando il lavoro non ha ancora compensato le spese che costituiscono il prezzo di costo del produttore.

L'autore si preoccupa anche del danno derivante dalla scarsa natalità, ossia dalla deficienza di produzione di materiale umano. Al riguardo le sue considerazioni hanno valore, e forse più apparente che reale, per la Francia. Anzi si potrebbe rilevare che le formole anzi dette dovrebbero essere integrate anche da quest'altro coefficiente. In effetti l'eccesso di natalità grava sul bilancio sociale, come la malattia e la invalidità, aumentando il numero dei produttori in potenza ma in realtà improduttivi per deficienza di lavoro. In effetti l'uomo può produrre solo quando ha materie prime da trasformare; e la natalità in progressivo aumento non è preoccupante quando i prodotti del suolo sono più che sufficienti. Il fenomeno della natalità eccessiva attualmente preoccupa anche gli inglesi che dispongono delle ricchezze del sottosuolo della loro isola e di quelle che ricavano dalle opulenti colonie; a maggior ragione deve allarmare gli italiani che non possono contare su analoghe risorse.

G. DRAGOTTI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Pensioni di guerra.

Attestazioni di inabilità assoluta a proficuo lavoro.

Per le disposizioni del R. D. 12 luglio 1923, n. 1491, i congiunti dei militari morti per la guerra, in possesso degli altri requisiti prescritti, possono ottenere pensione od aumento di pensione, quando siano inabili a qualsiasi proficuo lavoro per infermità ascrivibile alla 1ª categoria.

Per norma dei sanitari, che rilasciano ai congiunti suindicati, attestazioni delle rispettive condizioni di salute, si indicano qui appresso quali infermità, per legge, sono classificabili alla categoria predetta.

Le infermità non specificate ma che tuttavia siano tali da rendere i pazienti inabili a qualsiasi proficuo lavoro, sono pure ascrivibili, per equivalenza, alla prima categoria.

Sarà opportuno che i Sanitari tengano presente la natura e gravità delle minorazioni fisiche contemplate nell'elenco che segue, nel valutare se gli interessati, per il loro stato di salute, possano meritare la classificazione alla prima categoria.

Lesioni di infermità ascrivibili alla 1ª Categoria.

(Tabella A. annessa al R. D. 12 luglio 1923, n. 1491).

1) La perdita dei quattro arti, fino al limite della perdita totale delle due mani e dei due piedi insieme.

2) La perdita di tre arti, e quella totale delle due mani e di un piede insieme.

3) Le alterazioni organiche ed irreparabili di ambo gli occhi, che abbiano prodotto cecità bilaterale, assoluta e permanente.

4) Le alterazioni organiche ed irreparabili di ambo gli occhi con tale riduzione dell'acutezza visiva da permettere appena il conteggio delle dita alla distanza della visione ordinaria da vicino.

5) La perdita di ambo gli arti superiori, fino al limite della perdita totale delle due mani.

6) Le alterazioni delle facoltà mentali, permanenti, insanabili e gravi al punto da rendere l'individuo totalmente incapace a qualsiasi lavoro proficuo o pericoloso a sè od agli altri.

7) Le lesioni del sistema nervoso centrale (encefalo e midollo spinale) con conseguenze gravi e permanenti di grado tale da apportare, o isolatamente o nel loro complesso, profondi ed irreparabili perturbamenti alle funzioni più necessarie alla vita organica e sociale.

8) La perdita di ambo gli arti inferiori (disarticolazione o amputazione delle coscie).

9) La perdita di due arti, superiore ed inferiore dello stesso lato (disarticolazione o amputazione del braccio e della coscia).

10) La perdita di un arto inferiore e di uno superiore non dello stesso lato (disarticolazione o amputazione del braccio e della coscia).

11) La perdita totale di una mano e di due piedi.

12) La perdita totale di una mano e di un piede.

13) La perdita totale di tutte le dita delle due mani, ovvero la perdita totale dei due pollici e di altre sette o sei dita.

14) La perdita totale di un pollice e di altre otto dita delle mani .

15) La perdita totale delle cinque dità di una mano e delle prime due dell'altra mano.

16) La perdita totale di ambo i piedi.

17) Le cachessie ed i marasmi dimostratisi ribelli a cura.

18) Le alterazioni polmonari ed extra-polmonari di natura tubercolare e tutte le altre infermità e lesioni organiche e funzionali permanenti e gravi al punto da determinare un'assoluta incapacità a proficuo lavoro.

Cronaca del movimento professionale.

Per la ricettazione con stupefacenti.

La Federazione degli Ordini dei Farmacisti, preoccupata dei reclami che le giungono perchè molti medici non ottemperano al disposto della legge, per il quale ogni ricetta contenente stupefacenti deve portare il nome del cliente col relativo domicilio, ha inviato alla Federazione degli Ordini dei Medici, all'Associazione Nazionale Medici Condotti e alla Associazione Nazionale Veterinaria la seguente circolare:

«Ancora una volta preghiamo vivamente coteste spettabili Associazioni di richiamare periodicamente per un po' di tempo l'attenzione dei propri inscritti sui nuovi obblighi che incombono sui sanitari tutti — medici, veterinari e farmacisti — in conseguenza dell'art. 5 della legge 18 febbraio 1923, N. 390, sulla prescrizione e sulla spedizione delle sostanze velenose ad azione stupefacente.

«D'ora innanzi i farmacisti *dovranno rifiutare la spedizione e la ripetizione di tutte le ricette scritte non in conformità del predetto art. 5 della legge e degli art. 27, 28 e 29 del relativo regolamento 9 novembre 1923, n. 2354*».

Nuovi Consigli degli Ordini.

ALESSANDRIA. — *Presidente*: dott. Percival Arturo; *vice-presidente* e *tesoriere*: dott. Maragnani Leopoldo; *segretario*: dott. Novelli Giovanni; *consiglieri*: dott. Avio Edoardo, Fadda Luigi, Mortara Marcello, Ravasenga Francesco.

ANCONA. — *Presidente*: dott. Felici Mario; *segretario*: prof. Fuà Riccardo; *tesoriere*: dottor Guglielmi Achille; *consiglieri*: Battistini Rodolfo, Del Vecchio Roberto, Mergari Oddo, Recanatesi Alfredo.

AQUILA. — *Presidente*: prof. Rizzacasa Niccolò; *vice-presidente*: dott. Freda Ambrogio; *segreta-*

rio: dott. Di Sabbato Giuseppe; *tesoriere*: dott. Chiarizia Luigi; *consiglieri*: dottori Cipriani Filippo, De Panfilis Domenico, Russo Alfonso.

AREZZO. — *Presidente*: dott. Galletti Gallo; *segretario*: dott. Flamma Silvio; *tesoriere*: dott. Taddei Gioacchino; *consiglieri*: dott. Castelli Gino, prof. Ficai Giuseppe, dott. Gherardi Francesco, dott. Nucci Enrico.

ASCOLI PICENO. — *Presidente*: dott. Passamonti Michele; *segretario*: dott. Zannoni Tiberio; *tesoriere*: dott. Marchie Francesco; *consiglieri*: dott. Fortini Gaetano, Paolucci Lamberto, Prina Giuseppe, Ruffini Alfonso.

BARI. — *Presidente*: prof. Insinna Agostino; *segretario*: dott. Bufalini Angelo; *tesoriere extra Consiglio*: dott. Fornari Luigi; *consiglieri*: prof. Celozzi Domenico, dottori Dentico Agostino, Di Fonzo Francesco, Palummo Niccolò, Solimini Giovanni.

ROMA. — All'elezione del Consiglio dell'Ordine dei medici di Roma hanno partecipato 469 votanti. Sono risultati eletti con una media di 300 voti i dottori Giannuzzi Armando, Lugli Augusto, Gallenga Pietro, Paparozzi F. Saverio, Guidi Luigi, Buglioni G. Battista, Zevi Vittorio.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra. Corpo d'Armata di Roma.

(*Continuazione; vedi fasc.* 7).

	Lire
Dott. Molina Luigi, Marciana Marina	20
Dott. Carabellese Saverio, Roma	5
Dott. Castana Vincenzo, id.	25
Dott. Scarselli Costantino, id.	20
Dott. Fabi Paride, id.	20
Dott. Mazzenga Alessio, id.	10
Dott. Musanti Emilio, id.	10
Dott. Zappalà Antonino, id.	5
Dott. Boffi Carlo, Sezze	15
Dott. Zanfragnini Antonio, Pisa	25
Dott. Chiavarelli Giulio, Anzio (Roma)	20
Dott. Martinori Romolo, Roma	50
Dott. Romanini Giovanni, id.	20
Dott. Salmi Luigi, Livorno	20
Dott. Palmerini Agostino, Roma	10
Dott. Matronolo Girolamo, id.	25
Dott. Wiclam Jacob, id.	20
Dott. Pacini Enrico, Colle d'Elsa	20
Dott. Recchi Gino, Roma	5
Dott. Tafuri Nicola, id.	25
Dott. Ricca Tommaso, id.	5
Dott. Soggiu Antonio Luigi, id.	10
Dott. Fasella Felice, id.	20
Dott. Pezzoli Carlo, id.	10
Dott. Spicca Augusto, id.	25
Dott. Guglielmi Angelo, id.	5
Dott. Passerini Silla, id.	25
Dott. Tommasi Alberto, id.	25
Dott. Magalotti Eugenio, id.	30
Dott. Neri Pietro, id.	50
Dott. Stefanucci Ala Giuseppe, id.	10
Dott. Porcelli Buccheri, id.	25
Dott. Minossi Eugenio, id.	10
Dott. Fuscà Eugenio, id.	10
Dott. Iannuzzi Rocco, id.	15
Dott. Tamburi Michele, id.	20
Dott. Gherardi Francesco, Arezzo	25
Dott. Nuti Antonio, id.	25
Dott. Quercioli Vincenzo, Montalcino	60

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ABBADIA S. SALVATORE (*Siena*). — A tutto 15 mar.; L. 6500 residenz., doppio c.-v.; otto trienni ventes.; L. 6000 dalla Società di M. S. fra operai e impiegati della «Monte Amiata». Età lim. 35. Servizio entro 20 g. Ab. 5000 circa.

BREMBILLA (*Bergamo*). — Al 15 mar. L. 6500 per 1000 pov. circa su 4468 ab. residenti; L. 500 mezzi trasporto.

BRESCIA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Alle ore 18 del 9 marzo, medico direttore; vedi fasc. 8.

CASTEL DI CASIO (*Bologna*). — Scad. 25 marzo. L. 7000 stip.; L. 1500 cavalc.; L. 2500 uff. san.; primo c.-v. Tassa a mezzo cart.-vag. di L. 50,10.

CASALMORANO (*Cremona*). — Scad. 10 mar. Stip. base L. 7850; pov. L. 2000; uff. san. L. 500; eventuale mezzo trasp. senza obbl. cavallo L. 300; c.-v.; aumenti fino al 50 %; tassa conc. L. 50 a mezzo di cart.-vag.

CASTEL RITALDI (*Perugia*). — Consor. con S. Giovanni a tutto il 15 marzo. L. 6000 p. pov.; L. 2000 cavalc.; 3 quinq. dec.; c.-v.; L. 100 (*sic.*, annue) quale uff. san. Serv. entro 20 g.

CASTELLUCCIO DEI SAURI (*Foggia*). — Al 6 mar. Età lim. 45. Serv. entro 20 g. Stip. L. 4500 (*sic.*); uff. san. L. 1000; indenn. malar. L. 550; aumenti periodici; doppio c.-v.

COMO. *Amministrazione della Provincia*. — Medico di 1ª Classe del Manicomio; fino alle ore 26 del 10 marzo; vedi fasc. 8.

COTTANELLO (*Roma*). — A tutto il 20 marzo. Stip. e indennità conglobate L. 10,600. Chiarimenti dalla Segreteria Comunale.

MONASTIER DI TREVISO (*Treviso*). — A tutto 12 mar.; pianura; ab. 4027; L. 6000 per 1000 pov.; addiz. L. 2; L. 2500 per obbl. cavalc. o automezzo; L. 400 se uff. san.; L. 1200 c.-v. Età lim. 40. Tassa d'ammiss. L. 50. Biennio in osped. o condotta.

RECANATI (*Macerata*). — A tutto il 15 mar., chirurgo condotto; L. 8000 pei pov. con quadrienni del dec. fino al 25 % dello stip. iniz.; L. 4000 pei semi-abbienti; due c.-v.; L. 1500 dalla Congreg. di Car. per l'Ospedale. In corso revisione. Limite età 35. Immunità da imperfez. che rendano meno abile e sollecito il disimpegno delle proprie attribuzioni.

ROMA. *Croce Rossa Italiana*. — Medico aiuto nel Sanatorio Cesare Battisti presso Roma; L. 700 mens. compreso: c.-v., vitto, alloggio. Scad. 15 mar. Età lim. 35. Stato di fam. Chiedere dettagli alla Sede centrale, Ufficio II, Via Toscana 12.

SORI (*Genova*). — Scad. 9 mar. Consor. con Canepa; L. 3500 (*sic.*) oltre L. 500 quale uff. san.

Concorsi a premio.

Roma. *Associazione Italiana per l'Igiene.* — Il concorso per un opuscolo di propaganda su «L'igiene del lavoratore» è prorogato al 15 maggio.

Borse di studio.

Borse di studio.

Milano. *Fondazione Vittorio Emanuele II.* — La Cassa di Risparmio delle provincie lombarde, in onore della memoria del Re Galantuomo, avendo fin dal 1879 stabilito una speciale Fondazione di borse di studio per favorire l'istruzione dei giovani appartenenti a varie provincie, con uno speciale tirocinio di perfezionamento da compiersi all'estero, ha ora aperto il Concorso ad un assegno di lire quattromila per un anno a cominciare dal 1° novembre 1924, ai laureati in medicina e chirurgia. Indirizzare domande all'Amministrazione della Cassa — Milano, via Monte Pietà, 8 — non oltre il 31 marzo, unendo: *a*) certificato comprovante di appartenere per nascita o domicilio ad una delle dette provincie (Bergamo, Brescia, Como, Cremona, Mantova, Milano, Novara, Pavia, Rovigo, Sondrio, Treviso, Verona, Vicenza); *b*) certificato che provi la laurea da non più di 4 anni; *c*) certificato del Sindaco comprovante che la famiglia non possiede mezzi per sopperire agli studi ai quali il concorrente intende applicarsi.

Diffide.

Nuove diffide: Comandona-Veglio (Novara).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Una commissione incaricata di aggiudicare il premio stanziato dalla signora Sofia A. Nordhoff Jung e destinato ai migliori lavori pubblicati in questi ultimi anni sul cancro, composta di Borst, Doederlein, von Romberg e Sauerbruch, ha unanimemente deciso di aggiudicare il premio al prof. Giovanni Fibiger di Copenaghen. Dobbiamo al Fibiger la prima riproduzione sperimentale del cancro per mezzo di vermi del genere Spiroptera ed un meraviglioso complesso di lavori sulla etiologia dei blastomi.

La cattedra di clinica medica dell'Università di Strasburgo è stata affidata al prof. Prospero Merklen. Il neo professore è autore di studi pregiati sulle affezioni dei reni e dei vasi; ha pubblicato interessanti memorie anche nel campo della psichiatria e della pediatria. È un alsaziano; conta 50 anni.

Il dottor Francesco Mezzatesta ha conseguito a Roma la libera docenza in Clinica oculistica discutendo la tesi «Le lesioni del nervo ottico a livello del canale».

La Commissione che era composta dei proff. Cirincione, Albertotti, Guglianetti, Alessandri e presieduta dal sen. Pestalozza, all'unanimità si complimentò con il candidato per il modo esauriente con cui era trattato l'argomento e per l'importanza e l'originalità del contributo clinico ed anatomo-patologico.

Rallegramenti cordiali.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso Italiano d'Igiene.

A causa delle elezioni generali, il III Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per l'Igiene, indetto già in Sardegna dal 24 aprile al 4 maggio, è rinviato al settembre p. v. Con speciale avviso verrà data comunicazione della data, dell'ordine dei lavori e del programma del Congresso, che si svolgerà sotto l'alto Patronato di S. M. il Re e la Presidenza Onoraria di S. E. Benito Mussolini.

La partecipazione della C. R. I alla Fiera Navigante.

La Croce Rossa Italiana, invitata dal Comitato organizzatore della Crociera della R. Nave «Italia» nell'America Latina, partecipa alla Crociera stessa esponendo a bordo della nave «Italia» una larga documentazione della propria attività di assistenza sociale svolta negli anni del dopo guerra.

Lo «*Stand*» della Croce Rossa, decorato con gusto squisito dal pittore Giovannozzi, raccoglie le riproduzioni fotografiche dei principali istituti e organizzazioni dell'Associazione, sorti per la assistenza all'infanzia, per la lotta antimalarica, per la lotta antitubercolare, per l'assistenza al lavoro e alle madri lattanti, e la documentazione grafica dello sviluppo che le Istituzioni stesse hanno avuto dal 1918 al 1922.

Un quadro riassume il noto progetto del senatore Ciraolo, Presidente della C. R. I., per un'opera di mutualità degli Stati. Atti grafici illustrano l'attività della C. R. I. durante la guerra 1915-18 e quella dell'Azienda autonoma rifiuti d'archivio.

La mostra presenta anche piccoli modelli plastici e graziosi acquarelli di tende della C. R. I. e apparecchi di protesi e ortopedici costruiti nell'officina annessa all'Istituto per la rieducazione degli invalidi al lavoro di Pescia.

Questa mostra della C. R. I. porterà all'estero la sicura prova del notevolissimo sviluppo della benefica istituzione.

Licenziamenti.

La Giunta Provinciale Amministrativa di Mantova ha dato la sua approvazione al nuovo organico dell'Ospedale Civile di questa città, secondo il quale vengono licenziati il prof. Visentini e il prof. Lurà del Sanatorio, nonchè i medici Taraschi, Botti e la dottoressa Lurà Aletti. Il provvedimento sarebbe motivato da ragioni di economia. Vogliamo augurarci che queste perniciose soppressioni di posti siano revocate.

Borsa di studio per studentesse italiane.

Alla «Women's Medical School» di Filadelfia gli italiani residenti in Pensilvania hanno fondata una borsa di studio per una studentessa italiana.

La prima che ha profittato della donazione è stata la signorina Elena Angelucci.

Il " Salon des Médecins „ a Parigi.

Il 2 marzo verrà inaugurato a Parigi il 4° *Salon des Médecins*, mostra artistica riservata ai medici,

ai farmacisti e alle loro famiglie; accoglierà pitture, scolture, medaglie, fotografie, decorazioni. Oltre a lavori originali, si accettano lavori appartenenti a collezioni. Una Sezione sarà consacrata alla pubblicità medico-farmaceutica.

Segretario del Comitato è il dott. Paul Rabier, 84, rue Lecourte, Parigi.

Le mostre precedenti furono tenute negli anni 1909, 1911 e 1912.

Una *Domus medica* a Copenaghen.

Un ideale a lungo accarezzato dai medici danesi è stato finalmente tradotto nella realtà: da poco si è inaugurata a Copenaghen la «Casa dei medici» riattando e adattando all'uopo un grande edifizio, mercè il concorso dell'Associazione Medica Danese e della Società Medica di Copenaghen.

Quest'ultima si è riservata l'uso dei locali di adunanza nel pomeriggio dei venerdì e durante tutte le serate.

Il piano superiore è disposto ad albergo per i medici danesi di passaggio nella capitale.

Interruzione dei periodici scientifici tedeschi?

Le principali case editrici mediche di Berlino (Springer, Urban e Schwarzenberg, Rothacker e Weidmann, ecc.), visti gli aumenti impressionanti dei costi tipografici in Germania (che valutati in marchi oro rappresentano un costo triplo di quello dell'ante guerra) avevano proposto una sospensione temporanea delle pubblicazioni.

A tale misura la casa editrice della «Münch. med. Woch.» non si è associata ed ha consigliato invece una riduzione di fogli o di numeri. Pare che questa opposizione abbia evitato per ora il danno.

Periodici medici per la Germania.

La Rockefeller Foundation fornisce alla Germania sei copie di quattrocento periodici medici britannici e americani. Due di esse vanno alle biblioteche di Monaco e di Berlino; le altre quattro circolano nelle Università, che sono state a tale scopo divise in quattro gruppi.

Scuole mediche in Ungheria.

Uno straordinario affollamento dell'Università di Budapest (ove nel 1921 si erano raccolti 3633 studenti di medicina) ha indotto a fondare altre scuole mediche: a Zeged (la seconda città dell'Ungheria), a Debreczen, a Pecz (Transdanubio).

La Scuola medica di Cartum.

In memoria di Lord Kitchner, con un fondo di oltre 15,000 sterline raccolte sul posto, si è iniziato all'Ospedale civile di Cartum il funzionamento di una piccola scuola medica per giovani sudanesi già selezionati da un precedente corso di coltura generale al Gordon Memorial College della stessa città. Il corso durerà 4 anni: 2 di scienze e coltura teorica e 2 di coltura pratica. Si prevede una frequenza di 12 allievi l'anno. L'iniziativa è sostenuta dal poderoso «Wellcome Tropical Research Laboratory», istituito a Cartum dalla casa Wellcome.

Gerarchia universitaria.

Nel nuovo ordinamento burocratico il grado massimo che può essere raggiunto dal professore universitario è il quarto equivalente alla carica di direttore generale. Tale Empireo si raggiunge dopo sette anni di permanenza nel grado antecedente. E si raggiunge il grado quinto dopo otto anni di permanenza nel grado sesto. I professori non stabili appartengono tutti al grado settimo; gli aiuti e gli assistenti attuali in via di eliminazione ai gradi 10 e 11.

Gli stipendi sono per il grado quarto, il più elevato, L. 30,000; per il quinto L. 23,000; per il sesto da L. 19,300 a L. 22,000; per il settimo da L. 17,200 a L. 19,000; per l'undecimo da L. 7,500 a L. 10,000; per il dodicesimo da L. 6,000 a L. 7,400. (Da *Pathologica*).

Il 17 dicembre u. s. moriva in Santa Margherita Ligure il Dott. GIOVANNI MALACRIDA. Giovane ancora, era ben noto per l'attività professionale, per la nobiltà dell'animo, per le benemerenze che si era acquisito durante la guerra, della quale condivise le asprezze ed i pericoli, contraendovi la malattia che l'obbligò a rinunciare ai suoi ideali di studio e di lavoro. Fu assistente all'Istituto Oftalmico e volontario assistente all'Ospedale Maggiore di Milano; poi prestò servizio, al Reggimento, all'Ospedale da Campo 055 e per la contumacia dei colerosi. Minato dal male, trovò negli studi gli ultimi entusiasmi, negli affetti familiari il conforto ai suoi dolori. Alla famiglia le più vive condoglianze.

S.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di agosto 1923.

MALATTIE	6-12 giugno		13-19 giugno		20-26 giugno		27 agosto 2 settem.	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	188	1432	134	445	154	675	115	609
Scarlattina. .	96	268	82	247	105	337	104	267
Vajuolo e vajoloide . . .	5	8	3	3	5	9	4	4
Tifo addominale . . .	364	911	336	849	518	1283	462	1003
Difterite e croup . . .	117	176	76	124	132	208	104	181
Meningite cerebro-spinale	13	16	3	5	6	6	4	4
Dissenteria	27	52	27	48	39	108	38	73

Tifo petecchiale, Colera asiatico, Peste bubbonica, nessuna denunzia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, n. 20. — W. SCHÜFFNER e A. KUENEN. Spirochete del tipo ictero-haemorragiae nei ratti di Amsterdam. — H. IVENS. Periarterite nodosa.

Ibidem, n. 21. — Numero monografico dedicato all'insulina.

Ibidem, n. 22. — D. VUGT. Tromboflebite a distanza. — A. HOLLMAN. Ricerche istochimiche sulla localizzazione della escrezione dell'urea nel rene.

Ibidem, n. 23. — Numero dedicato alla traumatologia.

Ibidem, n. 24. — J. HERMAN. Sul trattamento dell'asma bronchiale. — H. DE LEVIE. Limiti e possibilità della elettrodiagnostica. — N. WATERMAN. Ricerche elettrochimiche sul cancro.

Ibidem, n. 25. — E. LIGNAC. Sui pigmenti emoglobinogeni, specialmente sul pigmento malarico. — L. S. HERINGA. Spirochetosi bronchiale.

Bull. Ac. Méd., 27 nov. — G. BOSCH ARANA. Amputazioni cineplastiche. — 4 dic. L CAMUS. Vaccinazioni e rivaccinazioni in Francia.

Gazz. d. Osped., 6 dic. — G. GALLI. Nevralgia della lingua.

Presse Méd., 5 dic. — A. CHAUFFARD e M. WOLF. Struttura ed evoluzione dei tofi gottosi. — 12 dic. G. GOSCH ARANA. Amputazioni cineplastiche. — 8 dic. LAIGNEL-LAVASTINE. Freud, freudismo e freudiani.

Riforma Med., 3 dic. — U. BACCARINI. Lo stomaco cerebrale.

Journ. de Méd. de Paris, 1 dic. — G. LE FILIATRE. Quattro forme rare d'appendicite.

Brith. Med. Journ., 8 dic. — L. BROWN. Le turbe endocrine minori.

Mediz. Klinik., 2 dic. — K. WALKO. Confronto dei reperti clinici e radiologici nell'ulcera gastroduodenale.

Journal Amer. Med. Assoc., 24 nov. — E. M. WATSON. Il trigono considerato chirurgicamente. — L. M. FRANCIS, E. V. L. BROWN. L'irite. — G. F. SUTHERLAND, J. H. MITCHELL. Lesioni ossee nella sifilide congenita.

Clin. Ostetr., nov. — P. CASTAGNA. Inversione uterina.

Münch. Mediz. Woch., 14 dic. — E. BUMM. Interruzioni della gravidanza e necessità sociali. — BIRK. La secrezione interna del timo.

Lancet, 15 dic. — A. DOUGLAS BIGLAND. La pellegra in Inghilterra. — E. F. BUZZARD. Neurastenia traumatica.

Annales de Méd., nov. — C. A. PIGUET e A. GIRAUD. La scomparsa radiologica delle caverne polmonari. — J. PARAF. La prima manifestazione evolutiva della tbc. polm.

Igiene Moderna, ott. — F. NERI. Vaccinaz. antidissenterica per via enterica e parenterica.

Scalpel, 15 dic. — A LEY. Il suicidio e sua profilassi.

Riforma Med., 10 dic. — A. FRAGOMELE. Influenza del salasso sui poteri immunitari.

Arch. di Patol. e Clin. Med., dic. — C. BARINETTI. Azione diuretica dei sali di calcio.

Journal Amer. Med. Assoc., 1 dic. — W. F. BONNER. Presbiopia prematura. — A. B. LUCKHARDT e D. LEWIS. Anestesia ossigeno-etilenica.

L'Encéphale, dic. — C. L. URECHEO e N. POPOLITZA. Inoculazione sperimentale del rinoscleroma per via sottodurale. — D. PAULIAN e I. BRISTICEANO. Tics multipli professionali.

Annali di Ottalmol., 9 nov. — D. CATTANEO. Tumori della retina. — D. LO RUSSO. Ametropie e limiti del campo visivo. — N. BLAT. La ciclodialisi.

Rev. Españ. de Med. y Cir., dic. — J. CUATRECASAS ARUMI. Le variazioni orarie della viscosità sanguigna.

Amer. Med., nov. — L. J. LLEWELLYN. Natura ed etiologia della febbre reumatica. — E. SWALLOW. Il senso comune in medicina.

Quaderni di Psich., nov.-dic. — F. DEL GRECO. L'idea di «costituzione» nella psichiatr.

Revue de Méd., 9. — B. GOLDFLAM. La semiologia dei riflessi addomin.

Presse Méd., 19 dic. — P. VALLERY-RADOT, J. HAGNENAU e M.-A. DVELFUS. I saggi farmacodinamici del tono vago-simpatico e gli stati anafilattici. — 26 dic. A. POLICARD. La capacità contrattile dei capillari sanguigni e l'attivazione di essa.

Paris Méd., 15 dic. — Numero di fisioterapia.

Riv. di Clin. Pediatr., dic. — C. CARONIA. Sulla etiologia della scarlattina.

Brit. Med. Journ., 29 dic. — T. J. MACKIE. Lo stato attuale della batteriologia medica.

Arch. de Medic., Cir. y Esp., 29 dic. — W. LÓPEZ ALBO. Eziologia delle sclerosi midollari, ecc.

Journ. d. Prat., 22 dic. — R. DEBRÉ, F. CORDEY e J. BERTRAND. Forma febbrile della cirrosi ipertrofica.

Journal Am. Med. Assoc., 15 dic. — P. S. HENCH e M. ALDRICH. Indice salivare della funzione renale. — F. J. NOVAK e A. B. HOLLENDER. Sull'azione dei raggi ultravioletti. — E. LIBMAN e R. OTTENBER. Emottisi ereditaria.

Journ. de Méd. de Paris, 22 dic. — LAIGNEL-LAVASTINE. Sindromi simpatiche respiratorie.

Med. Science, gen. — E. M. R. WALSTE. L'azione dei veleni sul sistema nervoso.

Practitioner, gen. — B. BRUCE-POSTER. Trabocchetti nella pratica medica. — G. BOURNE. L'uso terapeutico dell'ossigeno.

Wien. Arch. inn. Medizin., 20 ott. — O. ADLER-Melanomi e pigmenti melanotici. — F. BARDACHZI. Trattamento della malaria cronica. — M. GUTMANN. Clinica dei paratifi. — E. WEISER e H. AZLER. Clinica delle infezioni da protei. — F. KOHN. La reazione monocitaria.

Brit. Med. Journ., 5 gen. — J. MACKENZIE. Un nuovo sguardo sulla cardiologia.

Deut. Mediz. Woch., 4 gen. — W. WERNER e E. BORCHARD. Sulla guaribilità dei tumori maligni.

Arch. di Storia della Medicina, dic. — G. BILANCIONI. Galvani come studioso dell'anat. del naso e dell'orecchio.

Clin. y Lab., gen. — C. ABAD. Il laboratorio del contenuto gastrico.

Annales de Méd., dic. — NANTS e RISER. Amiotrofia del cuore e aritmia. — R. PORAK e P. MISSAO. Le disvegetazioni. Prove dell'atropina e della pilocarpina.

Münch. mediz. Woch., 4 gen. — H. SCHADE. Patologia molecolare. — UMBER. Nosologia delle malattie articolari.

Presse Méd., 9 gen. — L. WYKERS. Oftalmotono e concentrazione del sangue.

Deut. Mediz. Woch., 11 gen. — L. LANGE e G. HENER. Sieroreazione fotomterica semplice.

Riforma Med., 7 gen. — F. VICÈ e M. GAMBERINI. Diverticolo dello stomaco da pancreas aberrante.

Anales Facuid. de Med. Lima), 1-3 — C. MOUGE. Sindrome d'ipertonia del vago gastrico nelle aortiti silenziose e lesioni cardio-aortiche.

Riforma Med., 14 gen. — L. PAIS. Pseudobotrionmicosi. — G. FUSCO. Chemioterapia per via cutanea.

Paris Méd., 12 gen. — S. SAVIGNAC. Il ritmo del tempo uei dolori tardivi dell'ulcera gastro-duod. — O. KRUKOWSKI. La nefroroscina.

Endocrinology, 5. — A. LIPSCHÜTZ. La funzione endocrina del testicolo. — H. W. POTTER. Terapia endocrina delle deficienze mentali. — I. BRAM. La prevenzione del gozzo esoftalmico.

Annali di Laringologia, ecc., gen.-feb. — P. SPINELLI. Epiglottiti acute. — V. MASINI. Mastoidite traumatica. — E. PODESTÀ. Reazioni labirintiche in probabile gomma bulbo-ponto-cerebell.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 10 Marzo 1924 Fasc. 10

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Agli interessati si comunica:

Per un nuovo capitolo: — **A SANT'ELENA** — che, all'ultimo momento, il chiar.mo prof. **DE PAOLI**, animato dal lodevole proposito di rendere il suo libro più interessante, ha ritenuto di aggiungere al nostro **Premio**:

COME MORI' NAPOLEONE I

la spedizione del volume subirà un breve ritardo.

La nostra amministrazione avrebbe potuto opporsi alla maggior spesa che da ciò ne deriva, ma per l'intendimento di non offrire ai suoi più diligenti abbonati una pubblicazione incompleta, ne sopporterà di buon grado il sacrificio. Prega soltanto di pazientare i pochi giorni indispensabili pel lavoro.

Ciò per norma di coloro che avendo ottemperato alle condizioni per averne diritto, volessero scrivere per reclamarne l'invio.

L'EDITORE.

LAVORI ORIGINALI.

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA
VII PADIGLIONE.
Primario prof. U. ARCANGELI.

La reazione della uroeritrina per la diagnosi differenziale fra tifo e malaria.

Dott. ENRICO FRONTICELLI.

La diagnosi differenziale fra alcune comuni malattie febbrili, presenta notevoli difficoltà quando — specialmente sul principio — vengano a far difetto i sintomi morbosi più caratteristici, o quando un decorso anomalo contribuisca a rendere più incerta e tarda la diagnosi esatta.

Un tifo nel primo settenario, per esempio, allorchè manchino i suoi classici caratteri (aumento progressivo della temperatura, lingua tipica, rallentamento del polso, ecc.) o sia insorto in maniera anomala con brivido violento, senza precedenti cefalee, inappetenze, ecc., lascia adito a molte incertezze, specialmente se l'ammalato proviene da una zona malarica.

La ricerca degli ematozoi nel sangue circolante, la formula ematologica, la emocultura, al decimo-dodicesimo giorno la reazione di Widal, valgono a rischiarare la diagnosi. Ma quanti medici condotti posseggono un adatto microscopio, o hanno modo di rivolgersi ad un laboratorio per le altre ricerche? Pur tuttavia è di sommo interesse che il medico, anche in casi difficili, possa subito esattamente orientarsi: tanto meglio se riesca a farlo senza ricorrere a ricerche più o meno complicate. Bisogna sempre ricordare che una diagnosi

rapida consigliando una cura adatta può salvare talora la vita di un ammalato.

***

Nelle regioni in cui purtroppo la malaria miete ancora delle vittime, una diagnosi differenziale piuttosto frequente, è quella fra tifo e infezione palustre. La distinzione è generalmente facile. Il tifo — nella sua forma usuale — possiede una quantità di sintomi caratteristici, che non staremo qui a ripetere, e la malaria si presenta ad accessi febbrili tanto tipici da non lasciare dubbi di sorta, anche senza l'esame del sangue. Tuttavia, se così avviene nella maggior parte dei casi, non di rado un tifo presenta un decorso febbrile anomalo, con temperatura intermittente, senza roseola; stato stuporoso, cefalea, ecc., come pure una malaria assume un andamento febbrile subcontinuo, con lingua tifoide, polso dicroto, stato stuporoso ecc. In questi casi (tifo con aspetto malarico, malaria ad andamento tifoide) gli errori diagnostici sono comunissimi. Così abbiamo osservato parecchi ammalati giunti in ospedale con diagnosi di malaria che avevano viceversa un tifo, e tifosi lungamente curati come malarici. In questi ultimi è spesso una enterorragia che fa ravvedere il medico.

La diagnosi differenziale — prima del responso della Widal o dell'esame del sangue — può in qualche caso lasciare perplessi i medici più abili. In questi casi difficili nei quali la diagnosi resta incerta fra tifo e malaria, crediamo sia di somma utilità una ricerca facilissima ma assai esatta, che molto più rapidamente di un esame ematologico, di una emocoltura, di una sierodiagnosi di Widal riesce a mettere il medico sulla giusta via: la ricerca di uroeritrina nelle urine.

Non si conosce con esattezza il significato fisio-patologico della uroeritrinuria, che qualche autore mette alla pari della urobilinuria. Certo è che la uroeritrina non si trova ogni qualvolta si riscontri urobilina nelle urine, benchè questi due corpi siano molto simili tra loro anche dal punto di vista chimico.

La uroeritrina sciolta in qualunque liquido, in presenza di acetato neutro di piombo, tinge in rosa carnicino l'abbondante precipitato di sali che subito si forma. Perciò la reazione della uroeritrina si pratica su 5-6 cc. di urina filtrata con l'aggiunta di 2-3 cc. di acetato neutro di piombo al 5 %. Si mescola rovesciando il tubo: il precipitato — per la presenza di uroeritrina — è rosa carnicino più o meno intenso ma sempre molto evidente, altrimenti risulta bianco o leggermente giallastro.

Dato che nella infezione palustre la uroeritrinuria è sempre cospicua mentre nel tifo costantemente manca o è scarsissima, questa facile reazione può essere messa a profitto per la diagnosi differenziale immediata delle due malattie. È quasi superfluo aggiungere che mancanza di uroeritrina nelle urine febbrili non significa *a priori* infezione tifoide, e che bisogna valutare la cosa attraverso un giusto criterio clinico. In certe malattie, per esempio tonsillite, influenza, la uroeritrina talora manca: ma non possono incorrere dubbi di sorta tra quelle e la malaria.

Come la mancanza di uroeritrina nelle urine di tifosi specialmente al primo o secondo settenario, costituisce una regola quasi costante, così pure la sua abbondanza — lo ripetiamo — nei malarici in atto non soffre eccezione. Le altre malattie in cui si può notare una evidente uroeritrinuria con la reazione indicata sopra (reumatismo articolare acuto, polmonite, affezioni epatiche), non possono creare confusioni.

***

In parecchi ammalati giunti durante l'autunno 1923 al VII° Padiglione del Policlinico con diagnosi incerta fra tifo e malaria, abbiamo praticato la reazione della uroeritrina prima di ogni altra ricerca diagnostica.

Il suo responso è sempre stato controllato con la ricerca degli ematozoi nel sangue e con la siero-diagnosi di Widal. Ricorderemo anche che in due pazienti nei quali una esatta ricerca nel sangue non aveva dimostrato parassiti malarici e l'esame clinico faceva pensare a un tifo, mediante la reazione della uroeritrina diagnosticammo perfettamente una infezione palustre.

La somministrazione del chinino troncò infatti in brevissimo tempo la febbre.

L'urina su cui deve praticarsi la reazione, deve essere quella emessa durante la febbre. Ripetiamo ancora che un precipitato bianco, talora giallastro o grigio (nei tifi gravi o inoltrati) indica uroeritrina assente, un precipitato roseo più o meno intenso, spesso carnicino, uroeritrina presente.

Senza la pretesa di avere indicato un mezzo diagnostico infallibile fra tifo e malaria, crediamo tuttavia che il segno della uroeritrina sia molto consigliabile per fornire un giusto orientamento diagnostico.

La reazione, alla portata di qualunque medico pratico, merita di essere sperimentata e utilizzata.

Roma, dicembre 1923.

MEDICINA LEGALE.

ISTITUTO DI MEDICINA LEGALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
diretto dal prof. G. MORIANI.

Aborto procurato e avvelenamento da sublimato per via vaginale.

Dott. RUGGERO GALANTE, assistente.

Tra i più comuni avvelenamenti spetta a quello da sublimato uno dei primi posti per il frequente uso che di questa sostanza, largamente diffusa in commercio, suole farsi a scopo suicida o delittuoso, per disinfezione, e più di rado, a scopo terapeutico. Sarebbe, quindi, opera lunga e difficile quanto vana menzionare i numerosi casi consacrati nella letteratura dall'osservazione e dall'esperienza, non solo nel campo medico legale, ma anche nella più corrente pratica ospitaliera. Maggiore interesse possono presentare quei casi in cui l'introduzione del veleno venga fatta per via parenterale e, come nel nostro, per via vaginale a scopo abortivo. Dagli ostetrici e dai ginecologi, specialmente, sono stati segnalati i pericoli gravissimi che l'uso e, purtroppo, l'abuso fatto in passato delle lavande antisettiche di sublimato, anche in soluzioni diluitissime all'1/5000 o all'1/10000, ha prodotto. I vecchi medici praticavano correntemente queste irrigazioni nella setticemia puerperale e, in genere, ogni qualvolta il decorso del puerperio veniva complicato dall'insorgenza di stati infettivi. Accadeva, così, che le pazienti venivano spesso a morire in preda ai sintomi di avvelenamento, i quali, simulando uno stato infettivo grave, erano attribuiti alla setticemia o alla piemia, lasciando pienamente tranquilli i medici curanti ed, anzi, sempre più disposti a prescrivere dosi crescenti di veleno in soluzione. Dopo molte osservazioni il grido di allarme non è rimasto senza eco, e, fortunatamente, oggi le lavande antisettiche di sublimato sono state bandite dalla comune pratica ostetrica-ginecologica.

La mucosa uterina e quella vaginale, dopo il parto specialmente, costituiscono un'ottima e larga superficie assorbente, la quale come dei germi, può essere facile porta d'ingresso di numerosi veleni. Anzi, sotto certi rispetti, la via utero-vaginale può riuscire molto più pericolosa che non la via gastro-enterica. Il veleno, introdotto nello stomaco e nell'intestino, deve passare per la barriera del fegato, apportatovi dalla circolazione enteropatica delle vene mesenteriche e della porta, e, quindi, giunge solamente più tardi e alquanto modificato nel grande circolo; laddove i plessi venosi dell'utero danno origine in basso alle vene uterine, che sboccano nelle vene ipogastriche, in alto al plesso utero-ovarico pampaniforme che è tributario a destra direttamente della cava inferiore e a sinistra della vena renale. Il plesso venoso della vagina comunica in alto col plesso uterino, in avanti col plesso vescicale e posteriormente con le vene emorroidarie ed i tronchi venosi che ne derivano sboccano nelle vene ipogastriche.

Vi sono, quindi, delle condizioni anatomiche che spiegano gli effetti tossici dei veleni introdotti per queste vie: il sangue non passa più per un organo come il fegato, la cui funzione svelenatrice è ben nota, bensì giunge prontamente nel torrente circolatorio generale ed è subito portato a contatto dei tessuti che più spiccatamente ed elettivamente risentono dell'azione tossica dei veleni assorbiti. Tanto accade pure per il retto, le cui vene emorroidarie inferiori sono tributarie delle vene vescicali e pudende e quindi dell'ipogastrica. I linfatici sono anche essi attive vie di assorbimento ed affluiscono alle linfo-ghiandole iliache esterne, ipogastriche, parasacrali e paraortiche, donde originano i vasi che concorrono alla formazione del dotto toracico.

La mucosa uterina, per la costituzione del suo epitelio cilindrico e pavimentoso semplice e per la ricchezza dei plessi venosi con cui è in rapporto, ha un potere assorbente molto maggiore che la mucosa vaginale ad epitelio pavimentoso stratificato. Non vi ha tuttavia dubbio alcuno che per questa via l'assorbimento sia possibile. Il Bert, fin dal 1864, aveva notato che tamponi imbevuti di belladonna introdotti in vagina potevano dare effetti tossici e ricorda come il Trousseau e il Pidoux avessero visto sopraggiungere salivazione intensa dopo una sola iniezione vaginale di sublimato (30 ctgr. in 500 di acqua). Esperienze più dimostrative furono eseguite da Dumarquay, che introducendo tamponi di ioduro potassico in vagina, ritrovava poco dopo iodio nelle urine. Questo autore determinò più esattamente il potere assorbente della vagina stessa: l'assorbimento era lento e scarso nelle donne a vagina beante e ampia, copioso in donne con genitali verginali o con erosioni dell'orifizio interno, comparendo iodio nella saliva dopo quindici minuti e, quando vi era distacco di escare, appena dopo quattro minuti. Il Fehling, citato da Falk, dimostrò nelle urine presenza di acido salicilico usato per lavande vaginali, ma nega un potere assorbente alla vagina senza lesioni

e in casi di grave prolasso uterino. A conclusioni simili arriva il Sebillotte, che sostiene non esservi assorbimento nella vagina sana; gli avvelenamenti da sublimato nelle donne si verificherebbero per il passaggio della sostanza venefica nell'utero. Il Coen e Levi ripresero esperienze, rigorosamente condotte, le quali non lasciano dubbi sul potere assorbente di sostanze medicamentose tossiche per via vaginale, esagerato o attenuato da condizioni varie, quali la natura delle sostanze adoperate e lo stato della mucosa.

L'ioduro di potassio si assorbe benissimo anche in donne isterectomizzate. E, per tacere di altre osservazioni del Walsch, del Fauconnet, del Menges, il quale ultimo faceva uso di sostanze coloranti diffusibili introdotte in vagina, cogliendo il momento della colorazione delle urine con l'esame cistoscopico, conclusive sono le ricerche sperimentali del Ponzio sulle cagne.

Questo autore usò sublimato corrosivo in polvere ed ebbe sempre a notare effetti tossici gravissimi, nel maggior numero dei casi mortali, per assorbimento delle sostanze unicamente per la via vaginale, avendo avuto cura di escludere la mucosa uterina. D'altronde il sublimato, e in polvere e in soluzione, non trova sempre una valida barriera neanche nella cute. Lo Sbriziolo riporta tipici casi seguiti da morte: in uno la sostanza fu applicata sopra un cancroide della faccia, in un altro sopra ulceri varicose, in un terzo sopra il cuoio capelluto di una bambina affetta da impetigine; più caratteristico è il caso dell'Hoffmann, che osservò un avvelenamento mortale in un individuo affetto da condilomi anali, toccati con una soluzione di Plenk a base di bicloruro di mercurio; e quello del Taylor, che ebbe a notare la morte di un individuo per diretta applicazione del veleno sulla cute integra. Nei più comuni trattati di Tossicologia del Dragendorff, del Kobert, di Kunkel, dell'Hermann, del Muccioli, del Tardieu, del Bohem sono riportate osservazioni numerose di avvelenamenti da sublimato verificatisi in circostanze consimili.

L'introduzione diretta della sostanza in polvere o in pastiglie nella vagina incorre molto più di rado. La letteratura ne riporta pochi casi seguiti da morte e l'uso del veleno venne fatto a scopo delittuoso (Ziino), o per evitare il contagio venereo (Stiker e Demuth) o a scopo abortivo (Wachholtz e Michel) o a scopo antifecondativo, come occorse al Cazzaniga di recente, in una donna che, prima del coito, si era introdotta in vagina una pastiglia di sublimato; dopo pochi giorni venne a morte con sintomi classici di avvelenamento mercuriale, confermato dalla necroscopia. A scopo abortivo è raro che il veleno venga introdotto per via gastrica: la sua efficacia è tutt'altro che provata, a meno che non induca un vero avvelenamento, che talvolta può riuscire mortale senza che l'aborto si verifichi. L'uso di lavande vaginali a scopo abortivo è ancora più raro: si tenta così di associare all'azione eccitante delle lavande, che risvegliano le contrazioni uterine, specialmente a temperatura elevata, l'azione antisettica della sostanza per evitare le complicanze infettive dell'aborto procurato.

Nel nostro caso trattavasi di una contadina, A. B. da M., di anni 30, vedova con due figli. Da quanto si potè appurare, essendo infigli, la paziente avrebbe ingerito sostanze imprecisate per abortire. Poi, restando vani i tentativi, avrebbe ricorso a lavande vaginali di soluzioni concentrate di sublimato. I primi disturbi insorsero abbastanza rapidamente, ma la A. restò in campagna priva di qualsiasi assistenza sanitaria per qualche giorno.

Aggravatesi le sue condizioni venne trasportata nel più vicino centro abitato e ripetutamente visitata da un medico. Questi riferì di avere trovato l'ammalata in grave stato generale: polso piccolo e frequente, senza aumento di temperatura, dolori colici intensissimi, vomito ribelle e scariche diarroiche frequentissime, senso urente alle fauci, disfagia e afonia; nei giorni seguenti insorse stomatite ulcerosa, con alito fetidissimo e vacillamento dei denti, aumentò la diarrea e il vomito, si aggravarono i fenomeni generali, tanto che la paziente in settima, ottava giornata morì. Lo stesso medico curante non potè avere nessuna confidenza dall'ammalata, nonostante l'avesse richiesta se fosse incinta o avesse abortito. Ad una sommaria visita i genitali esterni della donna furono ritrovati fortemente iperemici e imbrattati da scolo muco-sanguinolento.

Dopo quarantott'ore dalla morte potei eseguire l'autopsia del cadavere, in ottimo stato di conservazione. Dell'indagine necroscopica riassumo il reperto caratteristico. Sulla superficie esterna del corpo, a preferenza sulla faccia anteriore delle gambe risaltavano qua e là delle macchie di colorito violaceo di forma ovalare ed a contorno sfumato. La massa dei capelli mostrava scarse connessioni tanto che facilmente potevano essere strappati. Aperta la cavità cranica, la dura meninge appariva di colorito intensamente anemico, quasi asciutta con i vasi poco iniet-

tati; anche il mantello cerebrale e la sostanza bianca erano pallide e quasi prosciugate, scarsissimo il liquido ventricolare. A carico dell'apparato digerente furono ritrovate le più caratteristiche lesioni: stomatite ulcerosa estesa alle arcate gengivali e ai bordi della lingua, denti incisivi mobili e facilmente rimovibili. Nello stomaco si ritrovò liquido di colorito debolmente rossastro, in quantità di oltre 100 cc.; la mucosa si presentava qua e là arrossata ed iperemica, con qualche zona emorragica poco estesa e presso l'antro pilorico era fortemente imbibita di liquido biliare giallastro. Emorragie sotto-mucose furono ritrovate anche nell'intestino tenue aumentando di estensione e di ampiezza nel cieco. Quivi presso la valvola ileo-cecale si ritrovò un'escara rotondeggiante della grandezza di un doppio soldo, di consistenza calcarea, di colorito giallastro, rilevata e rugosa nella sua superficie. Nell'intestino crasso eguale reperto di emorragie sotto-mucose estesissime; nel colon discendente e, ancora più nel retto, la mucosa si mostrava cosparsa e stipata da numerosissimi noduli grandi quanto una nocciola, aderenti intimamente alla mucosa stessa, ricoperti di scarso essudato emorragico e protundenti nel lume intestinale fin quasi ad occluderlo. Questi noduli rendevano tutta la superficie interna dell'intestino irregolare, rilevata e bernoccoluta e, rimossi, lasciavano scorgere il fondo d'impianto ulcerato, di colore bruno.

Il fegato non mostrava alterazioni macroscopiche; nella cistifellea furono trovati sette calcoli di colesterina, più grandi di un pisello, di forma cubica, ad angoli smussi e di colorito verde giallastro. I reni, aumentati di volume, avevano capsula bene svolgibile e al taglio mostravano la corticale pallida. La superficie era cosparsa di numerosissimi globuli di grasso, che, osservati a luce incidente, apparivano brillanti come una fine polvere di oro. Il cuore era flaccido e pallido, i polmoni di colore ardesiaco, asciutti e anemizzati.

Dall'ostio vaginale scolava un liquido muco sanguinolento; sulla parete posteriore della vagina furono notate estese ulcerazioni irregolari multiple. L'utero, diminuito di consistenza, era aumentato di volume, misurando circa 11 cm. di lunghezza nel suo massimo diametro e 7 di larghezza. Anche sul contorno dell'orifizio esterno dell'utero vi era qualche ulcerazione poco estesa e poco profonda; il canale cervicale pervio all'introduzione del dito indice. Sulla superficie interna dell'utero, presso il fondo, lateralmente allo sbocco della tuba destra, la mucosa appariva rilevata e spugnosa per una ampiezza circolare del diametro di 4-5 cm., di colore bruno giallastro, contrastante con il colorito più oscuro di tutto il resto della mucosa stessa, senza grumi sanguigni aderenti alla superficie. Vescica vuota.

Poichè non si disponeva di mezzi più completi d'indagine, non si potè praticare l'esame istologico dei visceri. Fu repertato soltanto un pezzo dell'intestino retto ove esistevano le lesioni più caratteristiche. I noduli sopra descritti sezionati non assumevano quasi affatto la colorazione con le comuni sostanze ed erano costituiti da un'essudazione fibrinosa difterica estesissima. Questi in breve i risultati necroscopici.

La calcolosi biliare era probabilmente di antica data; non risultava, però, che la paziente avesse mai sofferto di coliche epatiche. Noto incidentalmente che in un caso di avvelenamento mercuriale pubblicato dal Tirelli furono anche ritrovati numerosi calcoli biliari. È noto che le alterazioni chimiche della bile favoriscono la formazione di questi calcoli per precipitazione di grande quantità di colesterina; non è improbabile che i tossici, arrivando al fegato, debbano profondamente modificare la secrezione biliare, producendo una decomposizione dei sali acidi biliari e precipitando, di conseguenza, le sostanze che sono poi i componenti dei calcoli biliari. Meriterebbe approfondire una tale questione al fine di determinare se mai l'avvelenamento da sublimato potesse avere un rapporto eziologico con la colelitiasi o se il reperto dei calcoli ritrovati dal Tirelli e nel caso da me descritto fosse soltanto accidentale, riscontrandosi frequentemente nelle donne la calcolosi epatica.

Tutte le altre lesioni appalesano il quadro caratteristico anatomo-patologico dell'avvelenamento da sublimato a decorso subacuto: stomatite ulcerosa, gastro-enterite emorragica, escara del cieco, colite poliposa difteroide, degenerazione grassa dei reni. La morte sopraggiunse, verisimilmente, dopo circa dieci giorni dall'uso delle lavande antisettiche e, quindi, dopo un lasso di tempo in cui le lesioni avevano potuto evolvere in grado più rilevante che non negli avvelenamenti acuti, ove i reperti sono meno evidenti e solo, talvolta rilevabili all'esame istologico dei visceri, in ispecie dei reni, nei quali non è sempre agevole riconoscere alterazioni macroscopiche. Sulla diagnosi di aborto non può esservi dubbio; questa poggia sul reperto della zona di impianto placentare ritrovata sul fon-

do dell'utero, oltre che sull'aumento della sua grandezza e sulla pervietà del canale cervicale.

L'efficacia del sublimato negli aborti procurati, come si è accennato, è tutt'altro che sicura. Il Weber ha lasciato classiche osservazioni dimostranti la scarsa influenza sopra donne incinte delle cure mercuriali, che di rado provocano l'aborto, nonostante si tratti di sifilitiche, le quali, come è noto, sono quelle che danno il maggior contributo agli aborti ed ai parti prematuri. Piuttosto l'efficacia del sublimato è indiretta una volta avvenutone l'assorbimento.

Quanto alle lesioni ulcerative sulla parete vaginale e sul contorno del muso di tinca non si potrebbe essere autorizzati da un semplice reperto di tal genere ad ammettere l'avvelenamento per via vaginale. Il Bormans ebbe a notare lesioni delle vie vaginali in avvelenamenti per via gastro-enterica ed il Leoncini, nella prima riunione della Società di Medicina legale a Genova (1913), richiamò ancora l'attenzione sopra lesioni simili, indipendenti da una locale azione caustica del sublimato. Nel caso nostro, però, se l'avvelenamento fosse avvenuto per bocca (a parte le notizie anamnestiche che negano ogni intenzione suicida nella A.), le lesioni sarebbero state più gravi nello stomaco e nelle parti più alte dell'intestino, eccettuate quelle del crasso, che è una via di eliminazione elettiva, al pari dei reni e delle parotiti, dei sali di mercurio anche in avvelenamenti per via parenterale. Al contrario la gastro-enterite emorragica riscontrata dimostra una progressione di alterazioni anatomo-patologiche, che, scarse e poco estese nello stomaco e nelle prime parti dell'intestino, si appalesano sempre più gravi a mano a mano che si discende verso le ultime parti del canale enterico.

Dubbi, tuttavia, di non facile soluzione possono essere dati nell'accertare le circostanze e le contingenze precise secondo le quali la paziente fece uso di lavande a scopo abortivo. Questo accertamento è quanto mai difficile: la congiura del silenzio da parte degli indiziati e dei famigliari non è meno tenace di quella della tomba che rinserra la vittima.

Mi è sembrato di un certo interesse illustrare il caso sia per il caratteristico quadro anatomo-patologico, sia, ancor più, per la coesistenza dell'avvelenamento da sublimato per via vaginale e dell'aborto procurato, importante specialmente nel campo medico legale.

BIBLIOGRAFIA.

1. BERT. *Absorption: Voies Génito-Urinaires.* Nouveau dictionnaire de Médicine. Parigi, 1864.
2. BORMANS. *Su di un caso di avvelenamento gravissimo da sublimato corrosivo con esito in guarigione.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 5, 1903.
3. CAZZANIGA. *Avvelenamento da sublimato per via vaginale.* Minerva Medica, 1921.
4. COEN e LEVI. *La vagina considerata quale via di assorbimento.* Collezione Italiana di lettura sulla medicina. Vallardi, Milano.
5. DEMARQUAY. Académie de Médecine, 1867-68 (citato da COEN e LEVI).
6. DRAGENDORFF. *Manuel de toxicologie.* Librairie Savy, Parigi, 1886.
7. FALK. *Zur intrauterinen medicamentösen Therapie.* Berliner Klin. Wochens., 1890.
8. FALK. Sémaine médicale anni 1890-94.
9. FAUCONNET. *Zur Kenntnis des Resotptionsvermögens der normalen und kranken Haut und der Vaginalschleimhaut für verschiedene Salbenfrundlagen und für wasserige Lösungen.* Deutsch. Arch. f. Klin. Medizin., 1905.
10. HERMANN. *Lehrbuch experimentelle Toxicologie.* Verlag V. A. Hirschvald, Berlin, 1874.
11. HOFFMAN-FERRAI. *Tratlato di medicina legale.* Società Milanese, 1922.
12. KUNKEL. *Handbuch der Toxicologie.* Fisher, Jena, 1899.
13. KOBERT. *Lehrburch der intoxicationen.* Verlag. V. T. Enke Stuttgart, 1906.
14. LEONCINI. *Alterazione degli organi genitali femminili nell'avvelenamento da* HgCl, (gennaio 1913).
15. MENGES. *Ueber die resorption von Arzneistoffen von der Vagina aus.* Zeitsch. für expr. Path. und Therapie, 1905.
16. PONZIO. *Avvelenamento da sublimato per la via vaginale.* Tipografia del progresso. Messina 1906.
17. SBRIZIOLO. *Trattato teorico pratico di Tossicologia.* Casa Editrice Tocco, Napoli.
18. STICKER. *Vergiftungen vom Mastdarm und von der Scheide aus.* Arch. f. Krim. Anthropol., 1898 (citato da PONZIO).
19. TARDIEU. *Etude sur l'avortement.* Librairie Baillière, Parigi, 1896.
20. TARDIEU. *L'empoisennement.* Librairie Baillière, Parigi, 1881.
21. TIRELLI. *Intossicazione mercuriale acuta per sale mercurico.* Torino, 1897. Tipografia Spandri e Lazzari.
22. WEBER. Medic. Centralbl. (1875) (citato da HOFFMAN-FERRAI).
23. ZIINO. *Compendio di medicina legale e giurisprudenza medica.* Milano, 1906.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI MONTAGNANA - SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. GINO MONZARDO.

Un caso di cisti da echinococco della milza curato con la splenectomia

per il dott. PIETRO DUNER, aiuto.

Secondo le statistiche anteriori (Madelung, Meisser, Frinkler e J. Frigen) la frequenza delle cisti da echinococco della milza varia dal 0.7 al 3.4 %. Il Devé, che nel 1918 ha riferito in ordine di frequenza le localizzazioni dell'echinococco, non fa alcun cenno di tale sede, alla quale non hanno accennato neppure altri autori che in quest'ultimi tempi hanno raccolto statistiche sull'argomento. Ho ragione dunque di ritenere che la localizzazione della cisti da echinococco nella milza si verifichi raramente.

Poichè mi si è offerta l'occasione di studiare un caso di tal genere che si è presentato alla mia osservazione, non credo inutile farne oggetto di una breve nota; e tanto più in quanto l'intervento radicale, avvenuto in condizioni di particolari difficoltà per le aderenze del tumore, voluminosissimo, coi visceri attigui, aderenze vieppiù intime ed estese dopo precedenti tentativi di cura fatti in altro ospedale, conseguì un esito veramente brillante.

Riferisco brevemente la storia clinica.

C. V., di anni 26, da Foggia, entra all'ospedale di Montagnana il giorno 9 marzo 1922.

Anamnesi. — Nulla degno di nota nel gentilizio e nell'anamnesi remota. Dieci anni fa il C. subì, a Foggia, una operazione chirurgica, intesa a curare una cisti da echinococco della milza, che lo affliggeva; fu praticata la incisione e marsupializzazione della cisti. La ferita consecutiva rimase beante e secernente per oltre due anni; poi si chiuse gradualmente e spontaneamente, residuando una cicatrice sul quadrante superiore di sinistra dell'addome. Ma a poco a poco la tumefazione si riproduceva nella stessa regione e aumentava ognor più di volume, sfiancando la cicatrice e provocando fenomeni di compressione, sempre aggravantisi: senso di peso molesto, disturbi nella digestione, qualche inceppamento nella respirazione; e fu appunto per essere liberato definitivamente del suo male che ricorse all'ospedale di Montagnana.

Esame obbiettivo. — Uomo di costituzione scheletrica regolare, con scarso adipe e masse muscolari discretamente sviluppate. Cute e mucose visibili di colorito normale. Assenza di iperplasie ghiandolari linfatiche nei territori esplorabili. Normali le funzioni dei centri nervosi e degli organi dei sensi. L'esame del torace e dei visceri contenutivi riesce negativo nei riguardi di qualsiasi morbilità. All'esplorazione dell'addome si nota subito una sporgenza molto notevole della regione epigastrica diffusa a tutto il quadrante superiore sinistro del ventre e tale che solleva anche l'ipocondrio sinistro e si espande eccentricamente così da sorpassare la linea mediana all'interno e la trasversale dell'ombelico in basso, mentre solleva anche il fianco. Non si notano pulsazioni sulle regioni che limitano tale tumefazione nè fremito o scroscio. Il tumore non è nettamente limitabile colla palpazione e si insinua sotto l'arco costale; è liscio, poco dolente, di forma sferoidale, affatto spostabile, di consistenza duro elastica. Colla percussione su di esso si ricava suono ottuso. L'ottusità si continua, senza limiti, con quella del fegato a destra, del rene posteriormente, attraverso il fianco e si spinge in basso fino al limite superiore della regione ipogastrica.

La cute sovrastante al tumore è normale; solo presenta una cicatrice lunga dieci centimetri che si parte dall'arco costale a tre dita trasverse dalla linea mediana e si prolunga in basso parallelamente alla linea mediana; essa rappresenta l'esito del precedente intervento chirurgico al quale ho accennato. In corrispondenza di tale cicatrice i muscoli sono diastasici.

Nulla di anormale all'esame delle urine. Temperatura del corpo normale. Lieve grado di eosinofilia all'esame del sangue.

Risultando chiara, e pei precedenti anamnestici e per la biopsia operatoria praticata dieci anni prima la diagnosi di cisti da echinococco della milza, si ammisero le ulteriori indagini, che valgono a stabilire la diagnosi differenziale.

Invero la cisti da echinococco della milza fu scambiata qualche volta con l'idronefrosi sinistra. Però l'esame delle urine, l'esame cistoscopico, l'insufflazione di aria nel colon, ecc. valgono solitamente a distinguere le due condizioni morbose.

Del resto il lungo periodo di malattia, l'accrescimento graduale del tumore senza notevoli alterazioni nelle condizioni generali, l'assenza dei sintomi della leucemia e dei fenomeni della malaria valgono a concretare la diagnosi.

L'operazione si imponeva nel nostro caso sia per togliere i fenomeni meccanici, di compressione, a cui dava luogo il tumore, sia per l'opportunità di prevenire l'esito fatale che può conseguire alla perforazione spontanea del tumore nel cavo peritoneale, mentre non si può tener conto delle guarigioni spontanee che possono avvenire mediante la perforazione della cisti nel colon o nello stomaco. Qualche volta è stata osservata la perforazione nei bronchi, previe aderenze che si sono istituite fra le pareti della cisti, il diaframma e i due foglietti pleurici, ma il decorso fu sempre mortale.

Quanto al piano operatorio, è stata subito esclusa la puntura della cisti seguita da iniezione di liquidi parassiticidi, perchè la incertezza dell'esito non può giustificare i pericoli inerenti a tal metodo di cura. Anche l'incisione della cisti in uno o due tempi, già praticata precedentemente in altro ospedale con esito negativo, parve proposta da fare al malato che, stanco delle lunghe e inutili sofferenze, si rivolgeva al nostro ospedale per la cura radicale. L'enucleazione della cisti con resezione della milza richiede condizioni tali (milza mobile, cisti peduncolata, e mancanza di aderenze) che non esistevano nel nostro caso.

La splenectomia trova le sue indicazioni migliori quando il tumore è liberamente mobile, ed esistono poche o nessuna aderenza; nel nostro caso però, malgrado il grande volume del tumore, la sua fissità e le aderenze molteplici ed estese indotte specialmente dal precedente intervento, si è creduto di affrontare deliberatamente le difficoltà della splenectomia.

L'operazione fu praticata dal prof. Monzardo, assistito da me, il giorno 11 marzo 1922. Cloroformizzato il paziente, fu praticata una incisione che, partendo dalla linea mediana si è prolungata a sinistra lungo l'arco costale comprendendo nel taglio, deviato in basso e condotto elitticamente, la preesistente cicatrice, che venne escissa. Di qui l'incisione si protrasse sul fianco sinistro fino al prolungamento della linea ascellare media. Incisi cute, muscoli ed aponeurosi, si aprì il peritoneo e con una dissezione prudente e laboriosa si isolò il tumore dalle molteplici e diffuse aderenze che lo fissavano ai visceri e all'omento. Si notò così che il tumore faceva corpo colla milza assottigliata e distesa. La legatura dei vasi dell'ilo riuscì particolarmente difficile. Isolata così la milza insieme al voluminoso tumore che la compenetrava, la distendeva e la avanzava, si estirpò e si chiuse a strati la parete del ventre.

Il tumore estirpato ha una forma sferica ed un volume superiore a quello di una testa di adulto. La milza, assottigliata e distesa, forma quasi una calotta che involge l'emisfero superiore della cisti che sporge notevolmente in basso. Incisa la capsula fibrosa si scopre la membrana idatigena, lucente, che presenta, sulla superficie interna, un grande numero di vescicole, cisti figlie.

Decorso post-operatorio turbato nei primi 2 giorni da fenomeni di schok che si sono potuti superare colle fleboclisi di soluzione glucosata, con ipodermo e proctoclisi saline e con iniezioni endovenose di digalèn e di comuni eccitanti. La guarigione si verificò per prima intenzione, così che il paziente, alzatosi in decima giornata dall'operazione, potè lasciare l'ospedale nel tredicesimo giorno.

NOTE E CONTRIBUTI.

Il livello del liquido ascitico non è criterio sufficiente per giudicare delle sue oscillazioni quantitative

per il prof. GIOVANNI GALLI (Lecco).

È pratica comune segnare con una sostanza colorante sulla cute dell'addome il livello del liquido peritoneale, allo scopo di constatarne negli ulteriori esami, le possibili variazioni. Se nell'esame successivo si trova che il livello è più basso, se ne deduce che il liquido è in via di diminuzione; se più alto, che il liquido va aumentando. Questa comune illazione non corrisponde sempre alla realtà dei fatti.

Ecco un esempio dimostrativo. Un uomo di 49 anni ricorre al medico, perchè l'addome si è rapidamente ed enormemente ingrossato nel decorso di poche settimane. Egli ne ha noia nel cammino e molestia respiratoria, specialmente quando sta in posizione orizzontale. Non prova veri dolori nell'addome, ma sensazione di peso e stiramento, soprattutto quando sta a lungo in piedi. Il medico riconosce subito la presenza di un copioso versamento peritoneale e ne stabilisce il limite superiore, segnandolo sulla cute con del nitrato d'argento. La genesi della malattia appare oscura. Il paziente è astemio, non fuma ed ha condotto una vita regolare e metodica. Non ha sofferto di malattie con rapporti etiologici colla cirrosi epatica comune, non ebbe mai disturbi intestinali e neppure stitichezza. Il fegato, di grandezza poco superiore alla norma, non è molto dolente alla palpazione; la sua superficie appare un po' meno liscia ed il bordo più resistente del solito. La milza è alquanto aumentata di volume. Il liquido peritoneale è mobilissimo, e raggiunge quasi l'ombelico; si ha evidente la sensazione di fiotto.

Esclusa una cirrosi epatica volgare, quando io vidi il malato, volli approfondire l'anamnesi e, come spesso avviene, il paziente finì per ricordarsi, che alcuni anni prima aveva avuto un'ulcera, di natura sospetto, e che era stato sottoposto poi ad un trattamento specifico, ma che egli smise dopo qualche tempo, non provando disturbi di sorta.

Questo dato anamnestico portava luce nel caso ed una cura specifica sembrava indicata. La diagnosi formulata era di epatite sifilitica, con neoformazioni gommose, comprimenti le diramazioni portali, donde il rapido formarsi dell'ascite. Dopo una settimana di frizioni mercuriali e di ioduro per via orale, e qualche purgativo, l'infermo affermava di sentirsi

meglio nel generale, più forte nei muscoli e di provare minore tensione nell'addome. In realtà l'eliminazione delle urine era aumentata e le defecazioni erano copiose, per cui, essendosi limitata anche l'introduzione dei liquidi *per os*, ne doveva risultare una diminuzione della parte acquosa del corpo. Ciononostante non si riesciva obiettivamente a constatare colla percussione un abbassamento del livello del liquido peritoneale, così da essere portati a credere che il senso di miglioria annunciato dal paziente, fosse per buona parte dovuto a fattori psichici. Quando io rividi il malato non potei che confermare il reperto obiettivo del medico curante, essere cioè il livello del liquido immutato.

Pensai allora di prendere esattamente la circonferenza dell'addome all'ombelico, e del torace all'arcate costale, e di pesare il malato, consigliando la continuazione della cura. Questi due nuovi criteri diedero la spiegazione anche dell'andamento paradossale del liquido, nella 2ª settimana di cura. Anzichè abbassarsi, il livello del liquido segnò un rialzo sino a raggiungere l'ombelico. Ma per contro diminuivano il peso del corpo e le circonferenze addominale e della base del torace. Nel decorso di 15 giorni si ebbe una riduzione del peso del corpo da chili 76 a 69, una diminuzione della circonferenza ombelicale di 7 centimetri e della toracica di 3 centimetri.

In secondo tempo anche il livello del liquido andò abbassandosi, sino a scomparire del tutto. Evidentemente le pareti addominali, a motivo del formarsi del liquido, si erano eccessivamente sfiancate ed avevano perso una parte della loro tonicità. Coll'iniziarsi del riassorbimento esse avevano tosto ripreso la loro tonicità primitiva e tendendosi più energicamente, respingevano il liquido verso l'alto. Una controprova di ciò si fece per via sperimentale, applicando una fascia elastica attorno alla parte inferiore dell'addome; come era facile d'aspettarsi, il livello del liquido si spostava istantaneamente verso l'alto.

Il sacco peritoneale deve venire considerato nelle sue tre dimensioni: dando valore soltanto al livello del liquido, noi consideriamo una sola di queste dimensioni. Le altre due, rappresentate dalle pareti laterali ed anteriore dell'addome, sono calcolate colla misura della circonferenza addominale. Se questa diminuisce, è chiaro che il cavo addominale, pur restando immutata la sua altezza, viene a perdere di volume.

Come criterio di controllo è utile conoscere anche l'andamento della circonferenza toracica sulle arcate costali. Queste vengono sollevate nell'ascite, data la loro relativa mobilità, per la spinta che vi fanno contro i visceri dell'ipocondrio, cacciati verso l'alto dal liquido peritoneale. Infine un altro utile criterio di controllo è quello del peso del corpo, essendo chiaro che questo diminuisca, coll'eliminazione del trasudato, e qualora non si introducano sostanze liquide per bocca, più che di abitudine.

CONCLUSIONE.

Non basta talora il solo criterio del livello del liquido addominale per giudicare delle sue oscillazioni quantitative, ma tale criterio deve essere completato dalla conoscenza delle circonferenze addominale e toracica e del peso corporeo.

CONFERENZE.

Lo stato attuale della diagnostica e della terapia delle malattie gastro-intestinali

per il prof. PAOLO ALESSANDRINI.

(Continuazione; vedi fasc. 9).

L'esperienza di questi ultimi anni ha fatto anche giustizia di tutti i metodi chimici atti a dimostrare la *motilità gastrica;* essi sono basati sull'introduzione di sostanze che non vengono assorbite nello stomaco (salolo, iodipina) ma solo nell'intestino e sulla comparsa dei loro prodotti di scomposizione nelle urine; ovvero sulla somministrazione di sostanze racchiuse in capsule di gelatina indurita digeribile solo dal succo pancreatico, e controllandone la loro eliminazione per le urine. Ormai si è arrivati alla convinzione che tutti questi metodi che ingombrano i trattati meno recenti di gastropatologia diano risultati poco attendibili e sempre inferiori a quelli forniti dall'esame col sondaggio a digiuno. L'esame radiologico però è il più perfetto rivelatore della motilità gastrica e ad esso bisogna ricorrere sempre quando dobbiamo stabilire le indicazioni operatorie di una insufficienza motrice.

Tutti i metodi atti a dimostrare il *grado dell'assorbimento gastrico,* che hanno occupato la letteratura medica fino a una diecina di anni fa, hanno molto perduto (almeno dal punto di vista della diagnostica) la primitiva importanza. Può avere valore ancora la determinazione dei fermenti gastrici nel contenuto dello stomaco dopo colazione di prova per ricerche fisiologiche solo eccezionalmente per la risoluzione di problemi clinici.

Delle prove biologiche che si riferiscono al potere digestivo dello stomaco oggi è comple-

tamente abbandonata la prova desmoide di Sahli, che consiste nella somministrazione di una piccola quantità di bleu di metilene racchiuso in un sacchetto di gomma legato da un filo di catgut, di determinata lunghezza e spessore, che sarebbe digerito solo dal succo gastrico: la prova del tempo di digestione sarebbe data dal periodo della comparsa del bleu nelle urine.

Ancora invece resiste alla critica la ricerca delle fibre connettive nelle feci dopo somministrazione del pasto di prova di Schmidt per lo studio della digestione gastrica, sebbene anche qui esistano notevoli cause di errore, di cui bisogna tener conto nell'interpretazione del reperto coprologico.

***

Maggiore fortuna hanno avuto oggi i mezzi destinati allo studio diretto del succo duodenale. La patologia del duodeno per opera della radiologia si è molto rischiarata sebbene ancora parecchi problemi aspettino la soluzione. Si è cercato di supplire collo studio del succo duodenale a queste deficienze. Si è costruita una sottile sonda che può giungere fino al bulbo duodenale e permette l'estrazione del succo e, nel caso di una ulcerazione, può dimostrare presenza di traccie di sangue in esso. La sonda è rappresentata da un tubo sottilissimo di gomma che termina in una pallina di metallo che presenta al suo estremo dei forellini. Viene deglutita dal paziente e dopo un tempo vario varca l'anello pilorico e penetra nel duodeno, come si può controllare mediante l'esame radioscopico o per la presenza di bile nel liquido estratto dalla sonda. Un altro apparecchio che riesce meglio tollerato dai pazienti è costituito da un filo di seta a cui è attaccato un piccolo secchietto metallico; la sera prima di coricarsi si fa ingerire al paziente il secchietto avendo cura di fissare il filo al suo orecchio un metro circa dall'estremo che porta il secchietto. Quando il filo è completamente teso si estrae il secchietto e se ne esamina il contenuto. Nei casi di ulcera il filo nel tratto corrispondente è impregnato di sangue.

A proposito di sangue non mi dilungo sulla importanza che può avere la ricerca delle emorragie cosiddette latenti sia nelle feci che nel contenuto gastrico o duodenale rivelabili con vari reattivi chimici, di cui il più sensibile è la benzidina.

Non posso chiudere questa rapida enumerazione dei principali mezzi di ricerca odierni per lo studio delle malattie gastro-intestinali senza accennare al metodo proposto da Schmidt per lo studio della digestione intestinale e basato sull'esame chimico, batteriologico e microscopico delle feci, previa somministrazione di una dieta cosiddetta di prova e su ricerche del genere per lo studio della funzione pancreatica ed epatica.

***

Nonostante la decimazione che la critica moderna ha fatto e sta facendo della ricca raccolta di metodi che sono stati proposti per la diagnosi delle affezioni dello stomaco e dell'intestino (accenno solo alle ricerche sul sangue e sulle urine, ai metodi biologici proposti per lo studio del carcinoma gastrico) anche limitandosi ai mezzi che ho rapidamente accennato, il povero medico o studente si trova disorientato e scoraggiato davanti a questa ricchezza di tecnicismo, che prende aiuto alle più disparate branche delle discipline sussidiarie della medicina.

Se oggi la radiologia, la chimica, l'endoscopia, la microscopia, la sierologia, hanno portato una vera rivoluzione nella diagnostica gastrica e intestinale, con ciò non si deve affermare che senza di questi mezzi noi siamo nella impossibilità di orientarci sulla genesi del disturbo gastrico e sulla opportuna terapia. Ed anzi in queste mie lezioni io mi sforzerò di darvi i criteri clinici elementari che ci guidano alla diagnosi, pur non trascurando nei singoli casi lo studio dei metodi di laboratorio, sia per giovare a coloro che in modo particolare si vogliono dedicare allo studio delle malattie dell'apparecchio digerente, sia per potervi dare le indicazioni asssolute e i criteri fondamentali per una esatta valutazione di essi.

***

La base della diagnosi delle malattie gastrointestinali è rappresentata ancora oggi da una buona anamnesi raccolta con criteri particolari, che scaturisca più dalle interrogazioni opportune del medico che dalla narrazione del paziente, che in queste malattie più che in altre tende a sovrapporre ad una fenomenologia obbiettiva una serie di preoccupazioni o pregiudizi. I rapporti tra i disturbi gastro-intestinali e stato mentale sono così complessi che è dovere del medico semplificare i dati anamnestici e ridurli al minimo indispensabile.

L'indagine moderna ha sottoposto ad una critica documentata tutti i dati anamnestici residuati dall'antico nosografismo clinico met-

tendo in luce l'importanza di alcuni, scartandone invece altri. Per quel che si riferisce al modo d'inizio della malattia l'insorgenza brusca di crisi dolorose ci orienterà piuttosto verso una colica appendicolare, renale epatica, pancreatica, giacchè il concetto di nevralgia gastrica, di gastralgia essenziale si può dire tramontato. Un processo gastrico sia organico che funzionale ha per lo più un'insorgenza graduale.

La periodicità dei dolori è risultata essere un criterio importantissimo di diagnosi di ulcera duodenale e anche gastrica. Per quel che si riferisce alla durata della malattia, ora che è possibile una diagnosi relativamente precoce di epitelioma gastrico, si è osservato che l'epitelioma gastrico può durare anche uno o due anni e che l'epitelioma non è raro anche nell'età inferiore ai quaranta anni. Si è anche osservato che sindromi nervose più strane possono essere dovute a epiteliomi gastrici che sfuggivano sicuramente alla diagnosi prima dell'era radiologica. Per quel che si riferisce al vomito si è messa in rilievo l'importanza alla esistenza di segni di ristagno gastrico nelle materie vomitate; la presenza di muco ha invece pochissimo valore. Nel caso di ulcera gastrica è stata messa in evidenza l'importanza del vomito come criterio della localizzazione di essa. L'hungerpain, che fino a qualche anno fa si è creduto caratteristico dell'ulcera duodenale, ora si è visto presentarsi frequentemente anche nell'ulcera della piccola curvatura.

Alle eruttazioni si è tolto il grande valore dato dall'antica nosografia, come sintoma di dispepsia flatulenta; si è osservato che spesso sono un sintoma di scarso valore diagnostico; esse possono essere dovute ad aerofagia; se putride possono aver valore di una stenosi pilorica neoplastica.

Si è osservato anche frequentemente che la pirosi non è un segno patognomonico di ipercloridria, ma anche anzi è spesso sintomatica di anacloridria con presenza di acidi organici nello stomaco.

Speciale importanza dal punto di vista anamnestico ha sempre il fumo e l'acool, l'abuso dei purganti e la deficiente masticazione e la tachifagia.

Tra gli antecedenti morbosi ha assunto una notevole importanza la lues; giacchè si sono osservati accanto a processi gommosi caratteristici dello stomaco e dell'intestino disturbi funzionali (dispepsie gastriche o intestinali sine materia) che guariscono con cura antiluetica.

***

Per quanto riguarda l'esame obbiettivo è naturale che noi dobbiamo rivolgere particolarmente l'attenzione all'addome, ma non dobbiamo trascurare gli altri organi, specialmente nei casi in cui i dati anamnestici vi richiamano l'attenzione, giacchè, come impareremo a conoscere, i disturbi dell'apparecchio digerente e sopratutto gastrici sono spessissimo secondari a processi che si svolgono nei più svariati organi o sistemi.

Per quel che si riferisce all'esame generale ha valore sopratutto lo stato di nutrizione e sopratutto l'abito. A carico della bocca dobbiamo tener in conto sopratutto lo stato della dentizione, come indice del grado di masticazione a cui vengono assoggettati gli alimenti; quasi nessun valore ha oggi lo stato della lingua, che non bisogna mai trascurare però di esaminare con attenzione, sopratutto in pazienti neuropatici, che, abituati a dargli una eccessiva importanza, non accetterebbero con fiducia un medico che trascurasse di tener conto dello stato di questo «specchio dello stomaco» come lo chiamavano gli antichi.

L'esame dell'addome dovrà richiamare l'attenzione oltre che sul volume, sulla rigidità gastrica e sulla visibilità della peristalsi sia gastrica che intestinale. La palpazione addominale saggiamente adoperata è della massima importanza e qualche anno fa è stata rimessa in onore per opera sopratutto dell'Hausmann. Essa ci farà meglio avvertire il fenomeno della rigidità gastrica e ci farà analizzare lo stato dello stomaco e del piloro, del colon e sopratutto della regione cieco-appendicolare e della S iliaca. Ci permetterà di riconoscere la presenza di ernie epigastriche, che hanno assunto speciale valore nella genesi di alcuni disturbi gastrici. Ci farà conoscere lo stato degli organi addominali, la presenza di eventuali tumori e di stabilirne la sede e le dimensioni. Ci farà inoltre apprezzare il rumore di guazzamento gastrico, che nei trattati meno recenti aveva assunto una importanza esagerata. La critica recente, col controllo sopratutto radiologico e operatorio, ha sottoposto a una revisione i concetti sostenuti dalla scuola di Bouchard ed ha dimostrato la fallacia di questo sintoma come patognomonico della dilatazione gastrica; esso può dimostrare uno stato atonico della parete gastrica, ma per lo più dipende da una flaccidità della parete addominale ed ha valore di una ectasia gastrica da stenosi solo se riscontrato la mattina a digiuno o a distanza di almeno dieci o dodici ore dall'ultima ingestione di cibo o di bevande.

Dove invece la palpazione gastrica e addominale in genere ha una parte notevolissima è sulla determinazione del tono sensitivo, del grado di sensibilità individuale, cio che costituisce il fattore fondamentale nell'apprezzamento del dolore gastrico o dei suoi equivalenti. Nel campo della sensibilità alla pressione ha una certa importanza ancora la ricerca dei punti dolorosi addominali o dorsali, mentre la ricerca delle zone di Head è stata del tutto abbandonata, perchè senza valore pratico.

La percussione addominale ha perduto moltissimo del suo valore, dopo che l'esame radiologico è venuto ad illuminarci con precisione dello stato anatomico dello stomaco e dell'intestino. L'insufflazione dello stomaco mediante le polveri di Frerichs o colla sonda potrà però ancora trovare la sua applicazione in qualche caso, specialmente se la percussione gastrica è associata all'ascoltazione collo stetoscopio applicato all'epigastrio. La percussione ci renderà però conto esatto del grado di meteorismo, e della sua localizzazione, della presenza di liquido libero, o di raccolte saccate o di tumori.

***

Nè una ricerca negativa a carico del sistema digerente anche avanti a malati che si lamentano di puri disturbi digestivi ci deve arrestare nell'analisi dei dati obbiettivi, giacchè l'esperienza clinica ha dimostrato che i plessi viscerali e sopratutto il plesso solare reagiscono a stimoli infettivi, tossici o meccanici sorti in qualunque parte del corpo e che si ripercuotono su di essi o direttamente per via tossica o per via riflessa, ovvero turbando l'equilibrio armonico delle glandole a secrezione interna preposte al loro tono funzionale.

Il plesso solare, centro dell'innervazione gastrica, il cervello addominale di Bichat è come una sentinella avanzata che ci rivela lo stato del normale funzionamento dei vari visceri; esso rappresenta il centro della cenestesi che dà il grido di allarme quando qualcuno degli elementi del suo territorio di distribuzione è funzionalmente alterato.

Fino a qualche anno fa quando non si riscontravano gli scarsi e spesso fallaci sintomi ritenuti patognomonici di un'ulcera o di un epitelioma gastrico, si parlava di nevrosi gastrica; e questa si definiva patogeneticamente per lo più in base ad una formula chimica: la terapia in tali casi era costituita dalla somministrazione di HCI quando l'analisi del succo gastrico aveva dimostrato valori dell'acidità inferiori al normale, di alcalini quando i valori dell'acidità erano superiori alla norma.

Semplicismo così ingenuo che non si comprende come abbia potuto dominare per tanti anni la patologia e la terapia delle gastropatie!

Il dolore gastrico colle sue manifestazioni che vanno dal semplice senso di peso, di pirosi, di fame dolorosa fino alle crisi parossistiche più accentuate può esistere come puro stato mentale, senza stimoli diretti locali, ma anzi le manifestazioni motorie o secretorie rilevate all'esame possono essere secondarie allo stato mentale. Quindi uno studio della personalità del paziente per poter stabilire la parte che il coefficiente psichico prende al fenomeno dolore è specialmente importante nelle malattie gastro-intestinali, sopratutto per i rapporti intimi che legano psiche e sistema endocrino-simpatico.

Uno studio poi accurato delle reazioni farmaco-dinamiche o delle manifestazioni funzionali che ci dimostrano lo stato dell'equilibrio del sistema endocrino-simpatico è base indispensabile della semeiotica moderna delle affezioni gastro-intestinali.

Particolare attenzione bisogna poi prestare allo stato di tutti gli organi interni giacchè una tubercolosi polmonare, un vizio mitralico, una colecistite o una pancreatite cronica possono presentarsi al medico con una sintomatologia nettamente gastrica o intestinale.

Dai dati suesposti si comprenderà facilmente la complessità dei problemi di tecnica e di clinica che si presentano al medico che voglia accingersi ad uno studio accurato delle malattie dell'apparecchio digerente sopratutto delle forme funzionali.

Per quel che si riferisce alle organopatie gastriche e intestinali e lo studio sistematico anatomico delle malattie gastriche poco ha aggiunto a quello che l'anatomia patologica aveva ben definito fin dagli antichi tempi; le lesioni fondamentali sono rappresentate dall'ulcera e dall'epitelioma gastrico e dalla stenosi pilorica; molti problemi sono ancora sub-judice: quali quello della trasformazione dell'ulcera in cancro. Dove naturalmente la tecnica moderna ha dato una luce nuova insperata è sulla diagnosi: essa ha creato infiniti criteri diagnostici di cui alcuni si sono dimostrati fallaci, altri si sono definitivamente imposti. Come quadro morboso nuovo ha messo bene in luce l'importanza e la frequenza dell'ulcera duodenale, che ha isolato dal quadro dell'ipercloridria.

Dove però l'indagine moderna ha suscitato una vera rivoluzione è nella sistematizzazione delle affezioni gastriche senza base anatomica. Queste nella primitiva classificazione del Lëube, venivano distinte in «forma ipoaci-

da», che nei gradi estremi giungeva fino all'achilia nervosa, e in una «forma iperacida», che si distingueva in accessuale e continua.

Questa classificazione aveva una corrispondenza col quadro clinico, giacchè tutte le forme funzionali dello stomaco dal punto di vista clinico possono rientrare in due grandi gruppi: il gruppo delle dispepsie asteniche, corrispondente alla forma ipoacida, caratterizzata da peso ed eventualmente dolore subito dopo i pasti, eruttazioni, sonnolenza, ritardo del vuotamento ed eventualmente vomito; il gruppo della dispepsia iperstenica caratterizzata da dolori per lo più a distanza dai pasti, pirosi, eventualmente vomito acido, buon appetito, svuotamento rapido: questo corrisponderebbe al gruppo della dispepsia iperacida o ipercloridria nervosa.

Abbiamo già messo bene in evidenza le numerose cause di errore che esistono nella valutazione esatta dell'acidità gastrica per poterci ancora servire di questo criterio come base di una classificazione delle dispepsie senza base anatomica, e di questo si erano accorti i sostenitori della classificazione chimica, che avevano dovuto creare oltre a un tipo di dispepsia una motoria caratterizzato principalmente da atonia gastrica, un terzo tipo, quello della nevrosi puramente sensitiva, in cui rientravano i casi che, pur presentando disturbi dell'uno o dell'altro gruppo sintomatologico suaccennato, non presentavano deviazioni dalla norma nei valori dell'acidità del succo gastrico.

Anche la radiologia ha distinto nettamente due tipi antagonistici, basati sul comportamento del tono gastrico e parla di forme atoniche e forme ipertoniche, che clinicamente hanno di regola una corrispondenza nel quadro astenico ed iperstenico.

Questo antagonismo nosografico lo mantengono nelle linee generali anche le malattie organiche dello stomaco: difatti nell'epitelioma gastrico prevale il tipo astenico, nell'ulcera il tipo iperstenico.

Questo schematismo sintomatologico delle affezioni gastriche siano esse organiche o funzionali trova la sua spiegazione nelle ricerche moderne endocrinologiche e farmacodinamiche. Esse hanno dimostrato che lo stomaco mediante il plesso solare rappresenta il centro di ripercussione delle più svariate azioni che si svolgono nei vari organi e sistemi. Nel plesso solare normalmente si fanno equilibrio due forze antagonistiche: il vagotono e il simpaticotono. Un turbamento di questo equilibrio ha per conseguenza la prevalenza di uno dei due sistemi. La prevalenza del tono simpatico si è dimostrato dare origine ad atonia gastrica ed iposecrezione, quella del tono vagale ad ipertonia, ipermotilità, cardiospasmo, ipercloridria.

La stessa causa morbosa può determinare in un individuo la prevalenza di un tipo funzionale in un altro dell'altro tipo: e questo perchè la prevalenza del tono di uno dei due elementi endocrino-simpatici oltre che dal fattore etiologico dipende anche dal grado maggiore o minore di equilibrio ormonico dominante nell'organismo in rapporto allo stato anatomico o funzionale delle varie glandole a secrezione interna.

Ogni volta che questo equilibrio è turbato compaiono sensazioni subiettive accompagnate o no da alterazioni motorie o secretorie caratteristiche del tipo predominante. Questo squilibrio non sempre è nettamente diretto in un senso vagotonico o simpaticotonico, ma in qualche caso il tipo è poco netto ovvero anche se netto risulta variabile in periodi successivi. Spesso il quadro morboso non è completo, ma esistono manifestazioni monosintomatiche.

Dalle considerazioni suesposte risulta che l'ipercloridria, l'achilia nervosa, l'atonia e l'ipertonia hanno valore di sintomi, di manifestazioni reattive a stimoli di varia natura.

(Continua).

SUNTI E RASSEGNE.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Osservazioni anatomo-istologiche sul colpo di calore.

Il Fabris, in *La Riforma Medica,* n. 33, del 1923, espone i risultati ottenuti dallo studio personale di molti casi di incalorazione osservati nell'estate del 1921. Le sue ricerche istologiche, eseguite in 18 autopsie, sono un prezioso contributo al quadro anatomo-patologico del colpo di calore, finora non bene conosciuto.

La casistica è tutta dell'ambiente urbano di Venezia, e si riferisce a persone che si erano trovate quasi sempre all'ombra. Su 21 decessi, 12 si ebbero in adulti di sesso maschile, di costituzione macrosplancnica e pletorica, discreti mangiatori e bevitori, colpiti in pieno benessere, entrati in ospedale già incoscienti. comatosi e febbricitanti, e morti subito o nelle 24 ore. Una vecchia monoplegica e nefropatica, ed un bambino denutrito di 11 mesi erano i soli evidentemente debilitati e sofferenti. E ben 7 decessi si ebbero nelle sale chirurgiche, in persone ricoveratevi da tempo e già operate: in cinque di queste, venute al tavolo anatomico con altra diagnosi fu accertata la causale della morte nel c. di c.

Clinicamente il segno più importante è l'ipertermia; piressia senza sudore, con frequente cianosi del volto, ipertermia postmortale, ritardato raffreddamento cadaverico, sono i tre segni costanti riscontrabili in tutti i casi.

Dalla sintesi dei reperti delle 18 autopsie si è constatato:

Macroscopicamente: pallore o normale irrorazione della sostanza nervosa encefalica, e mai congestione evidente: iperemia invece dei visceri toraco-addominali, più o meno intensa, spesso associata ad emorragie, prediligenti le pleure, l'epicardio e l'endocardio della faccia sinistra del setto ventricolare, in forma di ecchimosi; nel polmone col frequente aspetto della apoplessia di un lobo o di tutto l'organo; nella milza con i caratteri della tumefazione congestizia acuta.

Istologicamente: nel cervello e cervelletto, dissoluzione della sostanza di Nissl nelle cellule corticali, o frammentazione granulare in quelle ponto-bulbari, assottigliamento e suddivisione neurofibrillare, senza granuleggiamenti o distruzioni entro le cellule corticali del cervello o alle cellule del Purkinije.

Fra le gh. endocrine, nell'ipofisi segni di iperattività; nelle surrenali ipervacuolizzazioni delle cellule corticali ed ottima conservazione delle midollari feocrome (iperattività adrenaligena).

Nel cuore, frammentazione delle fibre, nei polmoni emorragie di probabile origine dai capillari interalveolari, ed accompagnate da afflusso leucocitario nei vasi viciniori: nei reni grave degenerazione torbida acuta, anche con zone di necrosi dei tuboli; nel fegato degenerazione grassa; nello stomaco ecchimosi sottomucose.

Le lesioni encefaliche non sono specifiche del c. di c., perchè si trovano uguali nelle anemie, asfissie, intossicazioni, infezioni, ecc.

La flaccidità del miocardio, la fragmentatio cordis e certi aspetti della congestione polmonare sono fatti o insorti o accentuati post mortem.

Ma pur mancando anche una sola alterazione specifica, resta però indiscussa la nota anatomica fondamentale della congestione emorragipara dei visceri toraco-addominali, specie dei primi, congiunta a gravi processi degenerativi acuti del rene. In seconda linea, come semplice esponente dell'ipertermia, entra nel quadro del c. di c. la dissoluzione dei costituenti basofili del protoplasma delle cellule nervose.

L'A. a questo punto cerca di spiegarsi la patogenesi del c. di c., e si domanda senz'altro quale rapporto corre fra l'ipertermia, che è il dato clinico fondamentale, e gli elementi anatomo-patologici riscontrati.

In generale si osserva che i casi di incalorazione si moltiplicano dopo che la T. ambientale discretamente alta è durata a lungo. In queste condizioni si dovrà verificare un certo indebolimento dell'organismo ed un eccesso di funzione dei centri termoregolatori che presto arriva all'esaurimento dei centri stessi, e specie dei mezzi termodispersori, con una vera disfunzione di questi mezzi. Rotto l'equilibrio termico, la disfunzione aumenta con lo aumentare dell'ipertermia stessa, ed allora è facile entri in campo la vera e propria termogenesi chimica, sia per effetto delle alterazioni del protoplasma dovuto all'alto calore degli organi interni (45°?) sia perchè l'ematosi si compie male in ambiente in cui l'alta temperatura altera gli scambi gassosi ed il chimismo dell'emoglobina. Secondariamente forse interviene quale fattore ipertermizzante anche l'iperadrenalismo.

La sintesi patogenetica sarebbe quindi riassunta con successione causale in: insufficienza e disfunzione dei centri termoregolatori, ipertermia, autointossicazione, asfissia.

Sulla guida di questi concetti, la terapia del c. di c. potrebbe essere modificata nel senso

che più che curarci del capo, con le applicazioni di ghiaccio, dovremmo preoccuparci di attivare con frizioni fredde il circolo periferico, specie sul tronco, facilitando nello stesso tempo la dispersione del calore corporeo effuso alla superficie. Si dovrebbero depletorizzare gli individui macrosomici, e ricorrere anche al salasso, insieme agli altri mezzi atti a disintossicare l'organismo, suddividendo il compito fra tutti gli emuntori naturali.

PERSIA.

SEMEIOTICA.

Studio radiologico delle vie biliari normali e litiasiche.

(DUVAL-GATELLIER-BÉCLÈRE. *Archiv. des maladies de l'app. dig.*, tomo XII, n. 6).

Il lavoro risulta da una intima collaborazione tra chirurgo (Gatellier chef de clinique) e radiologo (Bèclère). I primi tentativi di radiografia di calcoli biliari risalgono al 1896 a Chappuis e Chauvel ma la prima radiografia positiva di calcoli biliari sull'uomo è dovuta a C. Beck di New-York, 1899 (cistifellea) e a Bèclère (coledoco, 1919).

Gli AA. premettono uno studio radiologico sulla topografia delle vie biliari normali: occorre naturalmente iniettare le vie biliari con pasta opaca e richiudere quindi con cura l'addome per non alterare i rapporti: da questo studio risulta la grande variabilità nella situazione della cistifellea: ora soprarenale, ora al più soprapielica, ora prepielica, ora sottocostale (XII), ora trasversalmente alla II lombare.

La direzione più frequente dell'epato-coledoco è la seguente: direzione verticale leggermente obliqua a destra, più o meno sinuosa al davanti delle apofisi trasverse lombari (I, II, III) nel loro terzo esterno.

Il confluente epatico si proietta davanti la XII costa, talvolta al di sopra del suo bordo superiore: l'ampolla di Vater può proiettarsi ad altezze varie: corpo della II lombare, della III, disco tra III-IV.

Ciò che colpisce specialmente è la grande variabilità della via biliare principale nel senso trasversale e la non meno grande variabilità in altezza dei suoi punti estremi; confluente epatico e ampolla di Vater, il coledoco infatti può essere mediano e l'ampolla può variare di due vertebre in altezza e oltre a ciò può esistere una iuxtaposizione se non una sovraposizione delle vie biliari, urinarie e pancreatiche nella loro proiezione radiologica sullo scheletro. Da tutto ciò appare che non esiste alcun repere topografico per lo studio delle vie biliari; che la radiografia antero-posteriore non permette la distinzione topografica della via biliare principale dall'uretere superiore e dalla via pancreatica nel suo segmento terminale discendente: e che la radiografia di profilo può solo differenziare la cistifellea dagli organi posteriori (pelvi e uretere, coledoco e Wirsung), ma non differenziare questi fra loro. Le differenti posizioni del corpo e le differenti posizioni operatorie modificano la situazione delle vie biliari, giacchè queste, e perfino il segmento intrapancreatico della via biliare principale, sono mobili sia nel senso trasversale, sia nel senso verticale, e di ciò dovrà tenere conto il chirurgo nella ricerca operatoria.

Lo studio radiologico dei calcoli biliari si impernia sulla questione della opacità e visibilità dei differenti calcoli: la visibilità dei calcoli dipende: 1) dallo spessore del soggetto; 2) dalla loro impermeabilità ai raggi, la quale dipende essenzialmente dalla composizione chimica. Si dice che il grado di impermeabilità ai raggi dei calcoli dipende dal tenore dei calcoli in calcio o più raramente in magnesio e ciò sembra provato radiografando dei calcoli sintetici, incorporando calcio e paraffina: ma facendo invece l'analisi chimica di tutta una serie di calcoli tolti operatoriamente si vede questo: che la stessa opacità può essere data da calcoli i quali contengono quantità variabili di calcio (per esempio: 0.07 % e 7.6 %) e che l'opacità estrema può essere data da calcoli con un tenore in calcio di 0.31-0.64 %. Dunque non è il calcio l'elemento necessario e devono esistere altre sostanze a peso atomico elevato ma non note. Analogamente risulta se invece dei calcoli si radiografano vescicole biliari estirpate e di cui poi si fa la analisi della bile; gli AA. hanno inoltre preso vescichette vuote del contenuto e riempite con soluzioni di calcio e hanno veduto che il limite sperimentale di visibilità radiografica è il 3-4 % di calcio, mentre vescichette biliari con il 0.013 di calcio dànno nell'uomo immagini perfette: forse intervengono anche le condizioni di trasparenza delle pareti della cistifellea o la sua vicinanza alla parete addominale: in ogni caso è certo che la colesterina non ha importanza perchè la sua visibilità è scarsa.

Quanto alla tecnica dell'esame radiologico l'esame radioscopico non può essere che un esame di orientamento: la visione dei calcoli è eccezionale e imperfetta e al più è visibile la vescica biliare ricca in sali di calcio con o senza insufflazione del colon, preferibile alla dilatazione dello stomaco con le polveri o al

pneumoperitoneo (da usarsi nei casi difficili): al malato purgato va somministrato oppio per evitare le contrazioni intestinali, quindi esso va messo secondo la posizione così detta americana in decubito ventrale, segnando la linea delle apofisi spinose; il decorso della cresta iliaca e la linea della XII costola, e tirando fra terzo medio e terzo superiore una perpendicolare e centrando il tubo sul punto ove questa linea incrocia il bordo costale (immobilizzazione assoluta, compressore, 6-7 gradi Ben. di durezza del tubo, 45 cm. D. F.; 10-20 mill. da frazioni a 1-3 secondi con Coolidge). Attenzione a non forzare lo sviluppo; gli AA. non hanno esperienza della radiografia stereoscopica usata per la localizzazione dei calcoli da Macleod, di Shangai.

Sovrapponendo vari clichés positivi si può determinare l'area di proiezione — topografia — dei calcoli della vescicola e del cistico: 4 sono le situazioni di tali calcoli, situazioni che possono dare anche un criterio sullo stato delle vie biliari: situazione esterna e alta, alta e interna, media o inferiore in pieno bacino. Più frequentemente o al davanti delle trasverse lombari II-III; o sotto la metà esterna della XII costa lunga all'altezza della trasversa della II, o sotto l'estremità interna della XII costa all'altezza della I trasversa lombare o davanti la trasversa della IV in piena fossa iliaca. Tutti i calcoli situati in fuori o nel gruppo supero esterno o nel gruppo infero esterno sono del fondo o del corpo della cistifellea; quelli situati in alto in una cistifellea retratta, quelli in basso in una distesa, a meno che non esista fegato grande. Uno dei segni caratteristici dei calcoli della cistifellea è la variazione delle immagini calcolose nei differenti esami e nelle differenti posizioni del corpo: i calcoli vescicolari presentano spostamento di due varietà: variazioni di situazione generale dovute a spostamenti del fegato e della cistifellea, variazioni di posizione intravescicolare con o senza spostamento della cistifellea. Anche i calcoli renali possono presentare tali variazioni di situazione ma meno estese, e d'altra parte i calcoli della cistifellea presentano spostamenti di rapporto degli uni cogli altri in vescicola biliare immobile o mobile.

Quanto alla topografia dei calcoli del coledoco è da notare che questi sono assai rari a vedere radiograficamente: le osservazioni positive e controllate sono 8: 5 di Bèclère e 3 di Ronneaux: la loro situazione varia tra XII costa e IV apofisi trasversa lombare sul bordo destro della colonna vertebrale, 2-3 cm. dalle apofisi trasverse; i calcoli bassi operatoriamente erano retro-duodenali dietro la prima porzione del duodeno; quelli alti nell'epatico al confine nell'ilo epatico; eccezionale deve essere la situazione fuori della IV lombare.

Radiologicamente è stata constatata la mobilizzazione dei calcoli vescicolari nella colica epatica, ma gli AA. portano delle osservazioni interessanti (le quali possono renderci ragione dei dolori in certe coliche epatiche) e nelle quali si assiste alla penetrazione di calcoli della cistifellea nel coledoco e alla mobilizzazione di calcoli nello stesso coledoco.

Uno speciale capitolo è dedicato dagli AA.; ai segni parabiliari della litiasi biliare: segni che possono essere distinti in segni gastro duodenali e in segni colici, i segni gastroduodenali possono consistere in segni funzionali: spasmi funzionali o permanenti analogamente a quanto del resto può avvenire, ad es., nelle appendiciti croniche e in deformazioni permanenti che possono essere riassunte così: fissazione alta sotto epatica del canale pilorico, anteposizione del bulbo duodenale, intacchi piloroduodenali, slargamento dell'ampolla di Vater. Meritano speciale attenzione le intacche, gli appiattimenti sul canale duodeno pilorico sia isolatamente sul bulbo o sul piloro e deprimenti sia la piccola sia la grande curvatura. Normalmente sul bordo superiore e anche sul bordo inferiore del bulbo duodenale, la via biliare principale marca una piccola intacca di cui Akerlund dà la descrizione: deformazione dovuta alla pressione del fondo della cistifellea specialmente evidente se contenente calcoli. Il radiologo deve saper distinguere tali intacche da quelle deformazioni dovute alla pericolecistite.

Mal conosciuta è la ripercussione della litiasi biliare sul colon: intacche sull'angolo colico, ascensione sotto epatica della metà destra del trasverso possono essere segni della litiasi.

Più interessante è il capitolo della diagnosi radiologica della litiasi biliare: può esistere l'ombra della cistifellea senza ombra di calcoli; le immagini dei calcoli possono invece essere nette oppure non esistono che i segni parabiliari o infine possono coesistere l'ombra della cistifellea, dei calcoli e i segni parabiliari. Quando la vescicola è visibile nella forma a pera allungata verticalmente nella regione lombare un esame superficiale di faccia può farla scambiare per il rene normale o patologico; giova la palpazione del fegato in posizione verticale, la palpazione del rene in decubito dorsale; la radioscopia o rafia in profilo, l'insufflazione del colon, il pneumoperitoneo. Se la vescicola non sporge può l'ombra essere scambiata con adenomi e cisti; in ogni

caso le vescicole evidenti sono in maggioranza vescicole litiasiche.

Quando sia netta l'immagine di calcoli la diagnosi se qualche volta è facile, spesso è invece difficile; qualche volta le ombre hanno caratteri particolari; (aspetto faccettato, calcolo unico su una cistifellèa evidente); ma un calcolo vescicolare può sovrapporsi a un calcolo del coledoco e può essere difficile distinguere un calcolo del bacinetto da uno del cistico e impossibile può riuscire la diagnosi di calcolo della via accessoria e della via principale. La radiografia di profilo potrà rendere molti servigi. Ma esistono ombre di calcoli senza caratteri biliari e allora è difficile dire calcolo della cistifellea o calcolo del rene destro; in genere calcoli piccoli sono renali, se grossi calcoli vescicolari ma in massima più teoriche che pratiche sono le distinzioni in base alla chiarezza e grandezza dell'ombra in decubito dorsale o ventrale, delle variazioni di posizione delle ombre renali in senso verticale, ecc. forse la radiografia di profilo è quella che può portare maggiore luce. D'altra parte calcoli del bacinetto, dell'uretere superiore, della vescicola e del coledoco si proiettano tutti in una zona comune tra la XII costa e le trasverse lombari; la radio di profilo può far riconoscere i calcoli pielici dai calcoli vescicolari ma non i pielouretrali dagli epatocoledocali; è necessario ricorrere alla pielografia.

Un altra diagnosi differenziale è con i calcoli del pancreas forse un po' differenti nell'insieme; anche le ossificazioni delle cartilagini costali difficilmente possono essere confuse; ma difficile può essere la diagnosi con gangli mesenterici calcificati.

Quanto al valore dei segni parabiliari essi hanno un valore relativo importante se aggiunti ai segni clinici ma non di valore intrinseco assoluto.

Concludendo: l'esame radiologico è indispensabile nei casi sospetti o meno di litiasi ma bisogna accordare nè un troppo grande nè un troppo piccolo valore e in ogni caso bisogna dare al radiologo un problema determinato. Si manda al radiologo il malato con la dicitura calcoli biliari? ma non si accenna se i sintomi sono vescicolari, se si hanno segni gastro duodenali; se c'è febbre; quale è il tasso della colesterina nel sangue, ecc. L'esame deve essere radioscopico e radiografico ma medicochirurgo e radiologo devono essere legati da una intima collaborazione per la lettura dei clichès; per l'interpretazione dei segni gastroduodenali che il radiologo riscontra; per le possibilità operatorie. Se pensiamo che l'esame radiologico della litiasi biliare è oggi sottomesso a un numero grande di irregolarità (per la proporzione di calcoli visibili, di cistifellee visibili, per la topografia della localizzazione, per i segni parabiliari, ecc.) è chiaro che l'esame radiologico deve essere un complemento dell'esame clinico. Se positivo è di utilità indiscussa (numero; e natura dei calcoli, situazione, aderenze, lesioni vicine, ecc.) se negativo non infirma la diagnosi clinica e se questa è esitante fra colelitiasi, ulcus duodeno pilorico, colecistite, la radiologia può dare criteri importanti. È certo che oggi la radiologia nella litiasi dà risultati incostanti ma nel 60 % dei casi si ha almeno un indice radiologico qualunque.

E. MILANI.

TERAPIA.

La somministrazione per via endovenosa di urotropina nelle setticemie.

(A. BUZELLO, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 168 Bd.).

La falange di antisettici adoperati nella cura delle setticemie è innumerevole, eppure il pronostico ne rimane tuttora grave. Così se oggi esiste un miglioramento, esso è forse apparente in quanto che vengono più facilmente diagnosticati anche i casi di media e minima intensità. Da considerarsi diversamente sono pure le varie specie di germi, poichè mentre la setticemia da coli possiede una prognosi discreta, ne ha una peggiore quella da stafilococchi, superata dalla sepsi puerperale, la cui mortalità ascende all'80 %. È stato anche osservato che la presenza di germi nel sangue, non autorizzi di per sè la diagnosi di sepsi: ciò nonostante esiste un quadro ben noto, in cui il brivido, il decorso caratteristico della temperatura, il vomito, gli esantemi, costituiscono elementi ai quali si deve conferire il valore di una sindrome. E come tale va considerata e curata. I rimedi suggeriti sono stati e sono tuttora oltremodo numerosi e su ognuno di essi si è detto e scritto a josa. Sul collargolo soltanto esistono 600 e più pubblicazioni.

Dall'A. è stato sperimentato per via endovenosa in parecchi casi di setticemia uno dei più vecchi medicamenti assai diffuso nella pratica terapeutica: l'urotropina.

Dalle tabelle riportate si legge:

1) l'efficacia dell'urotropina è oltremodo variabile verso i vari germi. L'azione battericida più evidente fu osservata contro i pneumococchi, lo streptococco lungo e il piocianeo: minore verso lo stafilococco, minima contro il coli;

2) in un'altra serie di esperienze è stata determinata, a parità di condizioni, l'azione battericida dell'esametilentetramina, la quale non si manifesta in vitro che dopo 5 ore, malgrado che un'azione inibitoria sull'accrescimento dei germi è visibile già prima.

Ma all'urotropina non potrebbe venir ascritta alcuna efficacia battericida qualora si volessero applicare alla clinica i risultati bruti ottenuti in vitro. Infatti l'azione antisettica dell'urotropina non si rende evidente che dopo 4-5 ore di contatto durevole col mezzo infetto e teoricamente la quantità di urotropina necessaria per un uomo sarebbe - nientedimeno - di 115 gr.

È chiaro che debbano intervenire altri fattori (fagocitosi, leucocitosi, fermenti, virulenza: forse la scissione dell'urotropina in formaldeide e ammoniaca). Per la soluzione del problema, l'A. è ricorso ad un esperimento ingegnoso. Egli iniettò in un uomo, per via endovenosa, gr. 8 di urotropina in sol. fisiologica al 40 %. A distanza di tempo variabile dalla iniezione prelevò alcuni cc. di sangue i quali vennero messi a contatto con una sospensione di batteri e poi distribuiti su piastre. Dopo 24 ore fu eseguita una prima e dopo 48 una seconda lettura dei risultati (conta delle colonie) che furono i seguenti:

1 ora prima dell'iniezione: germi 308.
1/4 d'ora dopo dell'iniezione: germi 66.
2 ore dopo dell'iniezione: germi 5.
8 ore dopo dell'iniezione: germi 0.
12 ore dopo dell'iniezione: germi 1.
24 ore dopo dell'iniezione: germi 110.

Da questo esperimento rimane dimostrata la grande potenza battericida dell'urotropina, nel sangue, compresa tra l'8ª e la 12ª ora.

L'A. ha esperimentato l'efficacia della urotropina in 17 casi di setticemia, più o meno gravi, adoperando l'urotropina in soluzione al 40 % sciolta dapprima in acqua distillata, ma poi, perchè questa era causa probabile di alcuni fenomeni spiacevoli (malessere, febbre, necrosi locale nel punto delle iniezioni), in soluzione fisiologica.

È raccomandabile di riscaldare la soluzione a temperatura del corpo. Dopo l'iniezione (1-2 ore) si nota sudorazione seguita dal cadere della temperatura. La quantità del medicamento da iniettare varia nei singoli individui. Non è bene superare le dosi giornaliere di 4-6 gr. in un'unica iniezione.

La cura va interrotta qualora si manifestassero sintomi irritativi da parte della vescica, forse attribuibili alla permanenza prolungata della formaldeide e che si caratterizzano, come in un caso dell'A., con un lieve bruciore nella minzione, ematuria, pollachiuria. Interrotta la cura questi sintomi regrediscono in breve: al più rimane una lieve ematuria e lieve albuminuria. Nel caso osservato dall'A., il paziente morì, e l'autopsia non rilevò alcuna alterazione renale, bensì dimostrò la presenza di numerose emorragie puntiformi, recenti della mucosa vescicale. Tali sintomi puramente vescicali, che dànno il segnale della intolleranza, rappresentano una complicazione che non si presenta che nell'11 % dei casi, forse anche più raramente e mai prima di 6-8 iniezioni.

In genere nelle setticemie di media intensità basta la somministrazione giornaliera di gr. 4-6 di urotropina. In 2-3 giorni i sintomi minacciosi sono quasi scomparsi: dopo 3-4 giorni non si ritrovano i bacilli nel circolo.

Naturalmente non va perduto di vista il trattamento generale; nè la somministrazione di piccole quantità di alcool o di quelle sostanze che valgano a eccitare e sostenere le forze del paziente.

E. MINGAZZINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

SEBASTIANI A. *I disturbi del ritmo cardiaco.* Roma, Editore L. Pozzi, 1924.

Il nuovo volume della collezione «Monografie medico-chirurgiche di attualità» è opera del dott. Antonio Sebastiani, aiuto-medico negli Ospedali di Roma.

Scrivendo specialmente per il medico pratico, l'A. ha voluto espressamente tralasciare ogni discussione teorica, ed ha esposto in modo chiaro e conciso quanto la cardiologia moderna insegna nel campo delle aritmie.

Alla trattazione delle singole forme di irregolarità dell'azione cardiaca, l'A. fa precedere un capitolo riguardante i mezzi clinici e strumentali di esame: breve esposizione, ma sufficiente a dare un concetto esatto tanto sulle indagini poligrafiche, quanto sulla elettrocardiografia. Seguono poi rapidi cenni sulla anatomia del sistema specifico cardiaco e sulla fisiologia dell'automatismo.

Nella trattazione dei singoli tipi di aritmia, l'A., che segue in massima parte le idee della scuola inglese, si appoggia quasi esclusivamente sulla indagine elettrocardiografica, pubblicando numerose curve, derivate in gran parte da materiale ch'egli ha studiato sotto la preziosa guida del prof. Giuseppe Bastianelli al Policlinico di Roma.

Anche la parte clinica dell'esame generale del malato e la parte terapeutica trovano largo sviluppo. Dove la trattazione è più ampia è nella parte che riguarda la vibrazione e la fibrillazione delle orecchiette: vengono largamente esposti i concetti del Lewis sulla pato-

genesi della aritmia e sulla efficacia della terapia chinidinica, della quale l'A. si fa assertore convinto.

Una lode speciale va all'editore cav. Pozzi, il quale non ha risparmiato cure, affinchè il volume uscisse in una veste elegante.

Le difficoltà tecniche di una riproduzione chiara e netta delle curve e degli elettrocardiogrammi, sono state felicemente superate, così che non riappaiono qui quelle manchevolezze che facilmente ricorrono in molte opere del genere, anche delle migliori case editrici estere.

Prof. V. ASCOLI.

G. GOGLIA. *Patogenesi degli itteri.* La Nuovissima, Napoli, 1923. — Lire 30.

Nell'esporre le idee antiche e recenti sulla patogenesi degli itteri, l'A. in una larga sintesi pone in luce e discute numerosi problemi che hanno attinenza con l'argomento, portando anche un discreto contributo di ricerche personali.

Per ogni singolo tipo d'ittero viene esaurientemente esaminato il meccanismo patogenetico, dopo un sobrio ma completo sguardo alla precedente letteratura, ciò che costituisce un altro pregio di questo libro di mole non eccessiva, ed assai accurato anche per la parte tipografica. Parecchie tavole originali illustrano le ricerche personali dell'A., il quale, con questo suo lavoro, tende a dimostrare l'esclusiva origine epatocellulare del pigmento biliare.

DORIA.

Contribution te the study of tuberculosis by Research departement National Jewish Hospital for consumptives. Vol. III, 1922, Denver, Colorado.

Il volume comprende le pubblicazioni originali degli studi compiuti nell'ospedale sopra alcune delle questioni di maggiore importanza pratica e teorica, e di più palpitante attualità. Tali sono il destino delle particelle inalate, ed il problema, connesso al precedente, della tubercolosi da aspirazione; il comportamento del sangue stravasato nel polmone; gli eventuali danni delle iniezioni di olii nella trachea a scopo diagnostico e terapeutico; la influenza della tensione in CO_2 sullo sviluppo del b. tubercolare; la perdita dell'acidoresistenza dei bacilli nei tessuti fissati in formaldeide; la tubercolosi oculare sperimentale, la importanza pratica della gastrotomia per la sufficiente nutrizione dei tubercolosi disfagici; e qualche altra. L'esposizione dei risultati degli esperimenti, e della tecnica seguita, che permette di apprezzarne l'importanza, mette a disposizione dello studioso una ricca messe di fatti, che da un lato permettono un più esatto giudizio su determinate questioni, e da un altro lato servono di stimolo ad ulteriori ricerche.

La veste tipografica è elegante, e le numerose fotografie e microfotografie sono molto nitide.

DORIA.

M. BERTOLINI. *Il primo decennio di vita del Sanatorio di Prasomaso.*

Questa relazione del dott. Bertolini, attuale direttore del Sanatorio di Prasomaso, contiene due parti distinte: nella prima è l'esposizione dettagliata delle condizioni del Sanatorio di Prasomaso: costruzioni, organizzazione dei servizi, norme di cura seguite per i ricoverati; nella seconda è la relazione numerica e critica dei resultati immediati e lontani ottenuti sui malati ricoverati nel Sanatorio.

Chi legga la prima parte ha una sensazione di orgoglio nazionale nel rilevare come con la costanza di pochi e con mezzi non davvero larghi si sia potuto raggiungere uno scopo che sembrava una follìa agli ideatori stessi, e si sia dato un esempio, purtroppo non seguito, nelle altre regioni d'Italia. Il Sanatorio di Prasomaso, opera moderna, luogo di cura completo è il miglior monumento che l'ideatore, il Gatti, e i munificenti patroni hanno saputo elevare; esso dice quanto si potrebbe fare in Italia, se gli uomini di cuore e di censo volessero imitare.

Ma la seconda parte della relazione, che per noi medici ha un vero interesse pratico, è una bella battaglia che il dott. Bertolini combatte e vince in pro' della cura sanatoriale oculata, ridotta nei suoi veri termini, sfrondata dalle esagerazioni e liberata dagli scetticismi, le cui manifestazioni più gravi si sentono talora dalla bocca di medici che non sanno.

I resultati ottenuti sono dimostrativi per la incomparabile utilità della cura sanatoriale nel primo stadio; essi lasciano sperare qualche successo per i malati al secondo stadio, se particolari condizioni si aggiungono (costituzione, condizioni economiche, ecc.), poco vantaggio dà il sanatorio ai malati al terzo stadio. La limitazione così netta ed evidente, con lodevole sincerità proclamata dall'A., circoscrive l'azione utile del sanatorio; ma è per questo che il numero dei sanatori dovrebbe essere moltiplicato; l'oculata vigilanza dei medici curanti dovrebbe essere moltiplicata perchè i malati curabili fossero inviati a tempo: si ridurrebbe la vergogna degli ospizî per tubercolosi, e molte capacità lavorative sarebbero restituite alla Nazione. Altri problemi af-

fronta il B. sull'utilità dei mezzi sussidiari della cura sanatoriale (pneumotorace, cure tubercoliniche, ecc.); un senso di misura, che apprezza altamente chi ha esperienza, è in ogni parola, in ogni cauta conclusione. Io vorrei che questa relazione fosse diffusa a migliaia di copie, tra i medici pratici; il libro creerebbe militi, tra gli scettici per una crociata a pro' sanatori italiani, che spinga i tardi a comprendere e ad agire.

T. PONTANO.

C. R. HERVITT. *The Medical Year Book* 1924. 1 vol. in-8° di p. 600 circa. Londra, William Heinemann (Medical Books), Ltd., 1924. — Prezzo s. 12, d. 6.

Questo volume contiene gli elenchi, bene ordinati, di tutti i medici che occupano posizioni ufficiali in Inghilterra: nelle Università, nei Ministeri, nell'Esercito, nella Marina, negli uffici governativi, negli ospedali, presso i Comuni ed altri Enti pubblici; contiene anche informazioni relative ai corsi di studio nelle singole Università, all'ordinamento degli Ospedali, ai prossimi Congressi, alle Società mediche, all'attività editoriale (elenco dei libri pubblicati durante il 1923 e dei periodici), ai fornitori di presidî chirurgici e di laboratorio, di prodotti terapeutici, ecc.

Sono prospettati alcuni problemi d'attualità: l'insulina, i principî della chemoterapia, il cancro.

L'A. fu già bibliotecario della Reale Società di Medicina di Londra; ed ora lo è del Reale Collegio dei chirurgi e della Lega delle Croci Rosse.

R. B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 29 gennaio 1924.

Sull'ulcera gastrica e suoi postumi. Considerazioni statistiche e nota operatoria.

G. FICHERA. — L'O. riferisce intorno a 25 interventi di ulcera gastrica e suoi postumi. Fa un rilievo di geografia medica, che può indirettamente contribuire alla controversa genesi dell'ulcera dello stomaco, osserva come la disparità di frequenza dell'ulcera nelle diverse regioni dipende, probabilmente, da alcuni dati speciali, ad esempio: costituzione, temperamento, formula endocrina, tenore di vita, ecc. Parla degli interventi fatti e della tecnica adottata.

Pone in rilievo gli ottimi risultati ottenuti mettendoli in rapporto ad un metodo di tecnica particolare da lui eseguito. Trae alcune conclusioni su lavori sperimentali e clinici da lui e dai suoi allievi eseguiti specialmente in rapporto alla genesi dell'ulcera peptica del digiuno, dell'ulcera cancro dello stomaco, ed alla pneumatosi intestinale cistica.

Contributo allo studio dell'azione biologica dei Raggi Roentgen sui tessuti normali e neoplastici.

N. PICCALUGA. — L'O. prende in considerazione le due teorie ora dibattute: teoria locale e generale sul meccanismo d'azione dei raggi Roentgen, si diffonde a discuterne il valore dell'una e dell'altra. Parla di sue ricerche fatte al riguardo sottoponendo tessuti normali e neoplastici all'azione di dosi diverse di raggi Roentgen e studiando le modificazioni che si osservano in rapporto al ricambio di ossigeno. In base a queste viene a concludere che i tessuti normali sono sensibilmente recettivi a raggi X, che le dosi di eritema non producono alterazioni così gravi nei tessuti neoplastici da spiegare la loro regressione, regressione che sarebbe invece secondaria ad una reazione generale determinata nell'organismo per lo stimolo dei raggi.

Determinazioni dell'azoto del sangue e di quello di escrezione in diabetici durante la terapia insulinica.

L. VILLA. — Dopo avere rilevato che, ad onta degli studi ormai numerosi sulla terapia insulinica, assai pochi sono gli autori che hanno fatto rilievi in argomento di ricambio proteico, l'O. espone le proprie ricerche in proposito, dalle quali risulta netto che la cura insulinica provoca una diminuzione della perdita azotata e della azotemia nei casi gravi. La diminuzione dell'azoto del sangue si esplica sulle frazioni totali non coagulabile, ureica e residua di esso. Questo fatto l'O. ha riscontrato anche in via di esperienza dosando l'azoto del sangue due ore dopo somministrazione di insulina e osservando nel paziente a digiuno gli effetti contemporanei sulla glicemia, sull'indice di rifrazione del siero e sulla escrezione urinaria. Ha riscontrato così un andamento armonico in senso discendente di questi fattori diversi.

Infine l'O. espone in via di ipotesi le possibili interpretazioni dei fatti obbiettivi messi in luce.

F. RICCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Albuminuria ortostatica.

W. Post e W. Thomas (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 4 agosto 1923) da un'analisi di 40 casi di albuminuria ortostatica, concludono che la comparsa di quantità variabili di nucleo- e siero-albumina nelle urine è in rapporto con modificazioni che intervengono nel sangue e nei tessuti. Tale condizione di cose sembra più frequente nei giovani, in certi tipi di individui, specialmente in quelli iponutriti, che crescono rapidamente, con meccanismi venosi e vasomotori instabili e con infezioni croniche frequenti. Essa è accompagnata da una pressione del polso più bassa in posizione eretta che sdraiata, è aggravata dall'immobilità e non indica affatto malattia renale progressiva. Con ripetute ed accurate prove funzionali ed analisi chimiche del sangue, non si è mai potuto riscontrare alcuna costanza di deviazione dalla norma, nè variazioni costanti fra posizione eretta od orizzontale.

La neutralizzazione (o alcalinizzazione leggera) dell'urina produce nel rene, nel sangue o nei tessuti modificazioni che sono seguite dalla scomparsa della nucleo- o siero-albumina dalle urine, dal ritorno al normale dello stato chimico-fisico delle proteine, tale che ne resta impedito il loro passaggio nelle urine. La neutralizzazione può ottenersi con la somministrazione di varî sali alcalini, come l'acetato di sodio o di potassio, oppure il citrato di sodio od il lattato di potassio ed anche mediante vegetali e frutta contenenti sali alcalini.

Altri fattori che influenzano questa forma di albumina nelle urine sono: l'efficienza circolatoria nel rene ed in generale nell'organismo, l'efficienza metabolica nel sangue e nei tessuti, influenzata da fattori diversi, quali la rapida crescenza, le infezioni e le intossicazioni.

fil.

Valore prognostico dell'anemia nella nefrite glomerulare cronica.

G. Brown e G. Roth (*Journ. A. M. A.*, 8 dicembre 1923) hanno osservato che nella glomerulonefrite cronica la diminuzione dell'emoglobina è abbastanza proporzionale all'aumento della creatinina nel sangue, onde il grado dell'anemia può indicare tale aumento, ed avrebbe lo stesso valore prognostico.

Ad un tasso del 60 % di emoglobina corrisponderebbero 5 mmg. di creatinina per 100 gr. di sangue, ciò che, secondo gli AA., non sarebbe compatibile con una sopravvivenza superiore ai due o tre anni.

La causa dell'anemia, secondo gli AA., non va ricercata nell'idremia, nè in una scarsezza di proteine nella dieta, nè nella perdita di albumina, ma in una lesione del midollo osseo, di origine tossica, parallela alla lesione renale e arteriosa.

DORIA.

Ipertensione e iperglicemia.

Da oltre dieci anni è stata osservata la relativa frequenza di questa associazione; talora vi era pure iperuricemia. Secondo Neubauer l'associazione è dovuta ad iperattività delle surrenali, ma altri pensano ad una arteriosclerosi, con sclerosi delle arterie pancreatiche come primo fattore, o con una diminuita permeabilità renale allo zucchero, o con una maggior formazione di zucchero per aumento del potere diastasico del siero.

Qualche autore anche dissente sulla frequenza di questa associazione morbosa, che tende piuttosto a considerare come una coincidenza.

W. Herrich (*Jour. A. M. A.*, 8 dicembre 1923) ha seguito per oltre un anno sei pazienti di età tra 50 e 64 anni, diabetici, obesi, ipertesi, con segni di modica insufficienza cardiaca. In quattro di essi era dimostrabile un'arteriosclerosi retinica; nessuno aveva eccesso di cloruri o di urea nel sangue.

Col riposo dalle ordinarie occupazioni e una dieta adatta, relativamente ricca di proteine, diminuì la glicemia, l'ipertensione, e il peso del corpo; aumentò il benessere generale.

L'A. crede che la diminuita ipertensione sia essenzialmente in rapporto con la diminuzione del peso del corpo; tiene in debito conto la diminuzione dell'introduzione di liquidi che segue alla diminuzione dell'iperglicemia. Crede che l'iperglicemia di per se, o il disturbo del metabolismo che ne è la base, sia una causa dell'arteriosclerosi, la quale contribuisce a spiegare le frequenti gangrene dei diabetici.

Nei suoi pazienti di pari passo con la diminuzione del peso i sintomi d'insufficienza cardiaca si attenuarono.

L'A. ritiene che una eccessiva dieta idrocarbonata possa anche portare all'ipertensione. Ai diabetici obesi, salvo la presenza di una grave lesione renale, conviene una dieta relativamente ricca in proteine e povera in carboidrati.

DORIA.

TERAPIA.

L'iniezione endorachidea di siero nella difterite maligna.

La mortalità per difterite maligna si è notevolmente abbassata da quando è stata adottata la sieroterapia intensiva. Nei casi gravi della pratica ospedaliera, allorchè i bambini sono portati dopo 8-10 giorni dall'inizio, E. Benhamou, Camette e Flogny (*Paris médical*, 28 aprile 1923) introducono per via cutanea e specialmente endomuscolare delle dosi elevatissime di siero antidifterico; in un bambino di dieci mesi, affetto da difterite grave con polmonite bilaterale hanno iniettato 100 cmc. il primo giorno con un totale di 890 cmc., ottenendo la guarigione.

Vi sono però dei casi in cui il bambino rimane pallido, cereo, in stato di tossiemia piuttosto che di asfissia; la dispnea persiste malgrado l'intubazione, i disturbi del ritmo cardiaco — tachicardia ed aritmia — dominano la scena clinica; i fenomeni generali gravi si accompagnano a dosi alte di albumina nelle urine e ad una elevata quantità di urea nel *liquor*. In questi casi, visti gli insuccessi della sieroterapia intensiva pure aiutata dall'adrenalina, dalla stricnina e dalla digitalina, gli AA. hanno messo in opera l'introduzione del siero per via endorachidea. In tal modo, hanno assistito a delle vere risurrezioni; l'importante però è di non attendere troppo. Passate le prime 24 ore, se il siero ad alta dose per via endomuscolare non ha migliorata la situazione, ed in presenza dei sintomi sopra accennati, si iniettano nella cavità rachidea 20-30 cmc. di siero, dopo aver estratta una quantità uguale di *liquor* se si osserva ipertensione. Contemporaneamente si iniettano 20-40 cmc. per via endomuscolare e 40-60 per via sottocutanea, continuando il trattamento intensivo per via sottocutanea.

Gli AA. non hanno mai osservato inconvenienti con tale metodo che essi consigliano come trattamento di attacco nelle forme gravi della difterite maligna; colpire presto, fortemente, dovunque ed a lungo, tale sembra essere la formola che permetterà di abbassare il coefficiente di mortalità nei casi disperati.

fil.

Incidenti ed accidenti dell'autoemoterapia.

L'autoemoterapia, che va ogni giorno sempre più entrando nella pratica medica, consiste nell'iniettare nei glui una quantità variabile di sangue, da 2 a 20 cc., prelevato dalla vena del gomito dello stesso paziente, e prima che si coaguli nella siringa.

Il Moutier ed il Rachet nel N. 65 della *Presse Médicale*, del 1923, parlano degli accidenti immediati e di quelli tardivi, in seguito alla iniezione di sangue. A rigore di termine disturbi immediati non se ne debbono avere, a meno che non si tratti di crisi sincopali emotive, facili a suscitarsi in dati soggetti per qualsiasi atto o gesto terapeutico.

Gli accidenti tardivi possono manifestarsi dopo qualche ora, e dopo anche qualche giorno dall'iniezione. Possono limitarsi ad un semplice malessere generale, più o meno duraturo, accompagnato o no da febbre, eritema polimorfo, artralgie, come nelle comuni reazioni da siero; qualche altra volta invece riproducono la sindrome morbosa cui è diretta la cura, o aggrava gli accidenti morbosi in corso. Così può aversi l'attivazione o l'aggravamento di un eczema, di una orticaria; o l'esplosione di un accesso di emicrania se la cura era diretta contro una di queste affezioni. Questi accidenti della stessa natura della malattia si producono però sempre non dopo la prima, ma dopo la terza o quarta iniezione di sangue. Sembra quindi che in questo caso il medicamento agisce nello stesso senso del male che esso cerca di guarire.

Gli AA. infine fanno nota una loro costante osservazione, che però non è un accidente imputabile al metodo di cura: i cancerosi che già migliorarono con l'autoemoterapia, peggiorano bruscamente e considerevolmente dal giorno in cui cessa il trattamento.

PERSIA.

Sulla sieroterapia delle gastro-enteriti infantili acute non specifiche.

In un'epidemia ad alta mortalità C. Richet et J. Celice (*Presse méd.*, 5 dicembre 1923) somministrarono un siero polivalente, somministrandone 20 cc. per bocca e 20 cc. pel retto quotidianamente, sospendendo ogni altro trattamento farmaceutico per via interna. Continuavano la somministrazione, secondo il bisogno, per 2-15 giorni.

Nei piccoli bambini gli AA. ebbero, su nove casi di colera infantile otto guarigioni, su due casi d'enterite dissenteriforme due guarigioni, su venti casi d'enterite acuta sedici guarigioni e quattro morti.

Credono che il siero agisca localmente: certo non lascia immunità: forse la sua azione non è neanche specifica.

Lo hanno anche provato per iniezioni sottocutanee, ma in pochi casi, onde non possono trarre conclusioni,

DORIA.

EPIDEMIOLOGIA.

La malaria nell'Olanda settentrionale.

Da una relazione riferita in *Ann. d'Igiene*, marzo 1923 e *Off. int. d'Hygiène publique*, giugno 1923, risulta che i casi di malaria furono in diminuzione od in aumento secondo le località; sembra però che in complesso vi sia stata una diminuzione più forte in autunno quando si confrontino i risultati con quelli dell'anno precedente; bisogna tener conto delle infezioni che, contratte in autunno, restano latenti nell'inverno e non si sviluppano che alla primavera seguente.

Gli anofeli maschi sono comparsi il 27 maggio (nel 1921 fra il 28 aprile ed il 5 maggio) e sono scomparsi verso la metà di ottobre (nel 1921 alla metà di novembre).

Interessanti esperienze sono state fatte per la distruzione delle larve, usando le polverizzazioni di paraffina liquida (olio di vaselina) che è innocua per il bestiame e per i pesci, non ha azione sui *Culex*, mentre è efficace contro le anofele. Vennero trattati mq. 54,125 in due o tre riprese, usando gr. 8 e 1/2 per mq. ed in totale 625 kg. Tale mezzo deve però essere considerato solo come ausiliario. Non v'è poi bisogno che la paraffina liquida copra tutto lo specchio dell'acqua e basta che una larva venga in contatto con una minuscola parte di paraffina perchè muoia.

La Commissione incaricata dello studio della malaria ritiene che non siano necessarie forti dosi di chinino (un gr. al giorno per 4-6 settimane) per impedire le recidive; ciò che importerebbe maggiormente sarebbe di prevenire le recidive che permettono alle anofele di infettarsi nel periodo da maggio ad ottobre; a tale scopo sembra che sia sufficiente la somministrazione di un grammo per due giorni consecutivi di ogni settimana. A. F.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Azione inibitrice del "Nervus facialis" sul nistagmo oculare.

Traina S. (*Atti della Clinica Otorinolaringoiatrica della R. Università di Roma*), osservando un buon numero di soggetti sani ed altri affetti da labirintite, con o senza contemporanea paralisi del facciale, ha potuto constatare il seguente ordine di fatti:

1) Durante la chiusura energica degli occhi il nistagmo oculare, spontaneo o provocato, viene inibito e scompare.

2) La scomparsa del nistagmo si rende ancora più evidente nelle paralisi del facciale, allorchè uno dei due occhi, malgrado ogni tentativo di chiusura, resta aperto.

3) Negli stati di grave ipereccitabilità labirintica, con o senza contemporanea paralisi del facciale, anche nello sforzo più energico di serrare le palpebre, il nistagmo, spontaneo o provocato, non scompare del tutto.

4) Nelle condizioni su esposte, facendo digrignare i denti o facendo corrugare la fronte ed anche con le due azioni combinate, il nistagmo resta invariato.

Analizzati i singoli fenomeni l'A. dà la seguente interpretazione:

1) Il nervo facciale deve avere rapporti funzionali, corticali od internucleari, coi nervi motori dell'occhio.

2) Come nel fenomeno di Bell la rotazione in alto del globo oculare è più accentuata dal lato in cui vi è la paralisi del VII, così la fissità del globo oculare, nel tentativo di chiusura degli occhi, è più evidente dal lato affetto che non da quello sano, forse perchè l'impulso volitivo, nell'un caso e nell'altro, non potendo esplicarsi attraverso il nervo leso, si scarica sui nervi motori dell'occhio.

3) L'azione inibitrice del nervo facciale sul nistagmo oculare deve avere un certo limite, perchè quando il labirinto è ipereccitato l'immobilità completa degli occhi non si ottiene.

4) Poichè solo con il tentativo di chiusura energica degli occhi si può ottenere l'arresto del nistagmo, mentre l'atto di digrignare i denti o di corrugare la fronte resta inefficace, bisogna pensare che i nervi motori dell'occhio non sono in rapporto col facciale inferiore ma col facciale superiore, e di questo soltanto con quel gruppo di elementi cellulari, nucleari o corticali, che è destinato all'innervazione dell'orbicolare delle palpebre.

Pertanto l'ipotesi emessa da alcuni autori e che cioè anche nell'uomo vi siano vie di connessione fra il facciale inferiore ed i nuclei dei nervi mesencefalici, non trova fondamento in queste osservazioni cliniche.

ALFREDO PARLAVECCHIO.

NOTE DI TECNICA.

La reazione della gomma lacca nel liquido cefalo-rachidiano.

Dopo la scoperta della reazione di Lange all'oro colloidale sono state adoperate diverse sostanze: mastice, bleu di Berlino, collargolo, benzoino, ecc. Urechia et Danetz (*Soc. roumaine de Biologie*, 25 ott. 1923) hanno scelto la gomma lacca proveniente dall'azione di un insetto sopra l'albero ciferus e contenente acido melissico, cerotinico, palmitico e lecinico. Preparano una soluzione madre all'1 % in alcool assoluto e da essa il reattivo mettendone 0,8 cc.

in 9 di alcool assoluto e 40 d'acqua distillata. La tecnica è la seguente: in 10 tubi da saggio si versa 1 cc. di soluzione fisiologica ed al 1° tubo si aggiunge 1 cc. del liquido rachidiano da esaminare; dal miscuglio del 1° tubo si preleva 1 cc. che viene posto nel 2° e così per gli altri tubi fino al 9° di cui il prelevamento di 1 cc. viene buttato via, rimanendo così nel 10° soltanto soluzione fisiologica. In tutti i 10 tubi si aggiunge 1 cc. della soluzione di gomma lacca e si leggono i risultati dopo 12 ore. Hanno studiata questa reazione in 253 casi facendo contemporaneamente la reazione di Pandy, la Wassermann, la reazione al benzoino.

In 87 casi di paralisi generale si è avuta flocculazione a cominciare dalla prima provetta e nelle rimanenti; in 8 casi di tabe la flocculazione cominciava nella 2ª e si continuava fino all'ultima; lo stesso in 2 casi di paraplegia sifilitica; in 15 casi di sifilide cerebrale la flocculazione cominciava nel 3° tubo; in 6 casi di tumore cerebrale la flocculazione cominciava dal 4° tubo. Dall'insieme delle prove fatte risulta che fino ad un certo punto si può fare con questo mezzo una diagnosi differenziale, avendosi la flocculazione nel 1° tubo per la paralisi generale, nel 2° per la tabe, nel 3° per la sifilide cerebrale, nel 4° e 5° per le meningiti non specifiche e i tumori. BRANCATI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Iodio nelle pleuriti con lesioni apicali. — Al dott. G. D., abb. n. 6721:

Non la febbre ma la coesistente lesione attiva polmonare di natura tubercolare può costituire una controindicazione nell'uso dei preparati jodici. Una terapia ricostituente, con alimentazione, e cura di aria adatta, possono convenire in tali casi; la toracentesi trova indicazione nell'osservazione del caso particolare. Più che nelle pleuriti comuni sierose specifiche la sostituzione di aria è indicata, quando dallo stesso lato e solo da questo, esistano lesioni del parenchima polmonare.

T. PONTANO.

Preparati salicilici e reumatismo in gravidanza. — Al dott. P. d. C., abb. n. 8165:

I preparati salicilici *devono* essere usati nel reumatismo articolare acuto durante la gravidanza. Sarà opportuno saggiare sempre la tolleranza del soggetto, tener conto delle condizioni del rene, ma nella quasi totalità dei casi si può raggiungere la dose curativa del salicilato di sodio (4-6 gr. al giorno) senza inconvenienti; per aumentare la tolleranza gastrica è utile aggiungere il bicarbonato di sodio. Molti pregiudizi sulla terapia medicamentosa delle donne gravide si sono dileguati: la chinina e il salicilato sono i due medicamenti eroici di cui ingiustamente molti medici diffidano nella cura della malaria e del reumatismo acuto delle gravide, con grave danno delle malate.

T. PONTANO.

Libera docenza. — All'abb. n. 10020-3:

Si attendono le norme regolamentari per la libera docenza, la quale ad ogni modo non può essere domandata e concessa che per titoli.

T. PONTANO.

Medici di marina. — Al dott. C. Messi da Salvino:

Per la marina mercantile (esami per medico di bordo) alla Direzione della Sanità Pubblica (Ministero degli Interni); per la R. Marina all'Ispettorato di Sanità Militare Marittima (Ministero Marina). Recentemente furono dati gli esami per l'una e per l'altra; si prevede passerà qualche anno prima che vengano indetti nuovi concorsi. *Tro.*

Al dott. E. Vitali, Milano:

Consulti: l'Arnone: Raggi ultravioletti (lire 5, Istituto Rota, Via del Proconsolo, Firenze); il volume XXIX Physiotherapie del Sergent, Maloine ed.; il libro di Guilleminot (ed. Masson, capitolo XI): Elettrologia e Radiologia. Sintetico anche per la parte biologica è il recente libro di Hausmann: Biologia e patologia della luce (Urban, Berlino, 1923); ottimo è l'antico libro di Nogier (fototerapia-elettroterapia ecc.) ed. Baillière. E. MILANI.

Norme per la consultazione.

1) I richiedenti devono dimostrare la qualità di abbonati firmando per intero i quesiti. Qualora lo desiderino, per la risposta si farà uso delle iniziali o di sigle convenzionali.

2) I quesiti devono riferirsi a temi generali, non a casi specifici.

3) Non si forniscono indicazioni bibliografiche su argomenti di studio ristretti (per tali scopi esistono Istituti bibliografici *ad hoc*).

4) Non si esprimono apprezzamenti o giudizi su specialità terapeutiche, nè su Istituti di cura.

5) Non si risponde privatamente.

6) Si prega di non formulare più di un quesito per volta.

7) Le risposte seguiranno con la maggiore sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali, ma non si garentisce una risposta immediata.

VARIA

La proprietà scientifica.

La Confederazione francese dei lavoratori intellettuali ha in questi tempi preso in esame una grave questione, quella concernente la proprietà scientifica, arrivando ad una soluzione interessante sotto la forma concreta di una proposta di legge. Si tratta di creare un diritto di autore per lo scienziato come per l'inventore. In Francia, come del resto anche in Italia, la proprietà industriale è protetta con la legge sui brevetti di invenzione di nuovi prodotti industriali o di nuovi mezzi di applicazione. Analogamente è protetta la proprietà letteraria ed artistica, per modo che gli autori di scritti di ogni sorta, i compositori di musica, i pittori, i disegnatori, gli scultori, gli architetti, ecc., hanno il diritto esclusivo di riprodurre o di fare riprodurre le loro opere. Tale diritto sussiste per cinquant'anni dopo la morte a favore degli eredi. Nulla di tutto questo invece per lo scienziato, per il cervello donde è uscita l'idea prima, per il fisico, per il biologo di cui le scoperte fondamentali hanno dato luogo alle applicazioni industriali, che hanno arricchito altri individui. Non solo, ma gli scienziati sono di proposito esclusi dalla legge che protegge i brevetti di invenzione, quasi che le sole applicazioni pratiche abbiano valore.

P. Cornet, in *Paris médical*, osserva che tale ingiustizia deve essere riparata e si fa forte dell'opinione di Borel, il quale ha giustamente rilevato che la complessità ognor crescente della scienza renderà sempre più ogni grande scoperta solidale con i lavori antecedenti senza i quali non sarebbe stata possibile. Il concetto, giusto nel suo principio, ci appare però troppo vago nella sua applicazione, tanto più che non si intravede dove ci si debba arrestare in questo cammino a ritroso per trovare il primo scopritore. L'A. di fatto, osservando che la telegrafia senza fili è stata scoperta da Marconi, rileva che tale scoperta presupponeva non solo i lavori di Branly, ma anche (e ben più) quelli fisico-matematici di Hertz e di Maxwell (e il Righi?), i quali a loro volta sono basati sui lavori matematici di Cauchy e su quelli sperimentali di Faraday e di Amapère; ed allora perchè non arrivare fino a Galvani ed a Volta od anche spingersi fino ai Fenici che osservarono per i primi i fenomeni dell'*eléctron?*

Così posto, dice l'A., il concetto di proprietà scientifica oltrepassa i limiti della rivendicazione individuale per dominare lo stesso avvenire dell'umanità. La rivendicazione collettiva legale dovrebbe poi fornire i mezzi per dotare i laboratori e favorire i ricercatori disinteressati. Noi italiani che abbiamo tanti pionieri della scienza e precursori, dovremmo rallegrarci delle accennate proposte, le quali però hanno il grave difetto di mancare di una base concreta, poichè solo su questa si può emanare una legge che sia capace di essere applicata.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Federici Nicolino. *Nefrectomia per epitelioma del rene destro - Guarigione.* — Milano, A. Rancati, 1921.

Vernoni Guido. *Della influenza esercitata da liquidi fisiologici sulla vasocontrazione da stimoli chimici od elettrici.* — Firenze, E. Ariani, 1921.

Pincherle M. e Dalla Volta A. *Un caso di aortite infantile con doppio aneurisma parietale dell'arco aortico.* — Firenze, Luigi Niccolai, 1921.

D'Erchia Florenzo. *Per la profilassi dell'infezione peritoneale operatoria in ginecologia.* — Milano, L. F. Cogliati, 1921.

Id. *Minaccia d'interruzione della gravidanza extrauterina e sua prosecuzione in periodi inoltrati.* — Milano, F. L. Cogliati, 1916.

Cantieri Collatino. *Febbri cripto-tubercolari a lungo decorso e febbri cripto-tubercolari a brevi periodi e accessionali.* — Firenze, Carpigiani e Zipoli, 1921.

Marra Loring Eduardo. *La ureteropielografia y su importancia clinica.* — Santiago Cile, Imp. y Lit. «La Ilustrácion», 1921.

Cignozzi Oreste. *I moderni concetti della funzione degli Ospedali.* — Torino, Stab. Tip. della «S. A. E.», 1922.

Deeks W. E. *United Fruit Company - Medical Departement - Tenth annal Report.* — Cambridge, Perry-Estabrook, 1922.

Devescovi Sergio. *La stomoterapia del Centanni nelle infezioni tifose.* — Trieste, Giov. Balestra, 1922.

Ferrarini Guido. *Contributo allo studio delle ossificazioni da trauma.* — Bologna, L. Cappelli, 1922.

Ferri Andrea. *Reviviscenza in feto asfittico.* — Milano, A. Rancati, 1922.

Finizio Gaetano. *Relazione sanitaria dell'anno 1921 dell'Istituto di Aiuto materno di Bologna.* — Bologna, Coop. Tip. Azzoguidi, 1922.

Fracassi G. *Alcuni casi di edema da fame in ex prigionieri italiani in Austria e in Serbia.* — Roma, Ind. Tip. Romana, 1922.

Franceschini Giovanni e Nardi Giona. *Contributo allo studio della nuova cura della sifilide coi preparati di bismuto.* — Milano, F. Fossati, 1922.

Francioni Gino. *Sindrome bulbare vago-ipertonica nel corso dell'encefalite letargica.* — Napoli, Tipogr. dello «Studium», 1922.

Nardi Giona. *Nuovo contributo alla cura della sifilide con i preparati di bismuto.* — Milano, F. Fossati, 1923.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

XI. — Compensi per lavori straordinari.

L'impiegato o salariato di una pubblica amministrazione, il quale, obbedendo agli ordini dati dai competenti organi amministrativi, abbia prestato un servizio straordinario previsto e disciplinato con apposite norme stabilite dalla pubblica amministrazione, ha azione civile per esigere il soddisfacimento di quei compensi che con le norme stesse sono stabiliti come retribuzione di tale servizio.

La relativa azione deve essere esercitata innanzi all'autorità giudiziaria ordinaria.

Ma, condizione del diritto azionabile dell'impiegato è pur sempre la sussistenza di un provvedimento o atto amministrativo che abbia effettivamente ordinato il lavoro straordinario. Non basta che l'impiegato o salariato, obbedendo agli ordini dei suoi superiori gerarchici, abbia eseguito il servizio in circostanze che siano diverse da quelle ordinarie e che per avventura rendessero più duro e faticoso il lavoro, perchè egli possa far valere pretese fondate sulla supposta natura di lavoro straordinario, propria del servizio prestato in quelle circostanze, ma occorre, per la proponibilità dell'azione, che il lavoro per il quale si reclama il compenso trovi la sua qualità di lavoro straordinario stabilita nell'atto amministrativo.

Ma, condizione del diritto azionabile dell'im-Corte di Cassazione con sentenza 17 gennaio 1924 ric. Comune di Napoli, si trattava di una speciale prestazione d'opera manuale che fu diversamente regolata con spostamento di orario e non risultava, in sede di giurisdizione ordinaria, che quel servizio fosse considerato straordinario. Ma questi criteri devono essere applicati con opportuni adattamenti alle situazioni inerenti al concreto rapporto di impiego: se, per es., l'impiegato è obbligato ad una data prestazione e l'organo competente ne abbia richiesto altra, fuori dell'obbligo normale, è dovuta rimunerazione speciale senza che occorra una *espressa* qualificazione, mediante atto amministrativo, della straordinarietà del servizio.

XII. — Competenza in materia di indennità caroviveri.

Le questioni concernenti il diritto alla indennità caroviveri e la misura di essa appartengono alla competenza dell'autorità giudiziaria ordinaria, trattandosi di controversia che ha per obbietto un diritto civile patrimoniale.

Pertanto è inammessibile, per incompetenza, il ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato contro un decreto reale emesso sul ricorso prodotto dall'interessato avverso deliberazione della Giunta Provinciale amministrativa concernente indennità caroviveri.

(Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione 29 dicembre 1923, n. 1841, ric. Comune di Massa).

XIII. — Equipollenti di certificati richiesti per concorsi sanitari.

Non può essere escluso dal concorso il concorrente che, pur presentando un certificato di cittadinanza di data anteriore a quella stabilita nell'avviso del concorso, produca altri documenti dai quali si possa ritenere accertato che egli al tempo del concorso è cittadino italiano.

Questa massima si ricava dalla decisione della IV Sezione del Consiglio di Stato 21 dicembre 1923, n. 1695, ric. Manna dott. Arturo, contro Comune di Albano Laziale e dott. Giorgio Giorgi.

Trattandosi di una risoluzione importante in quanto presuppone la efficacia di equipollenti per l'accertamento di condizioni e requisiti che dovrebbero risultare da certificati espressamente determinati dal regolamento e dall'avviso del concorso, riportiamo integralmente la motivazione della decisione.

« Considerato che la Commissione giudica-« trice dei titoli rilevò in modo espresso, nella « sua relazione, che il certificato di cittadi-« nanza italiana 12 settembre 1921, presentato « dal dott. Giorgi era di data anteriore a « quella stabilita dall'avviso di concorso (2 di-« cembre 1921). La Commissione però testual-« mente soggiunge che il dott. Giorgi figuran-« do ancora nei quadri della R. Marina « non « poteva aver perduta la cittadinanza italiana » « e per questa ragione decise di ammetterlo « al concorso, con riserva che l'ammissione « fosse accettata dal Comune. L'amministra-« zione comunale, rappresentata dal Commis-« sario Prefettizio, ritenne a sua volta adem-« piuta la condizione di cui trattasi e nominò « il Giorgi come primo graduato al posto di « direttore del civico ospedale.

« Considerato che, nel suo ricorso avverso « la nomina in parola, lo stesso dott. Manna « riconosce che altri documenti, all'infuori del « certificato di cittadinanza — sebbene non « richiesti o rilasciati allo scopo di accertare « siffatto requisito — contenevano elementi « mercè i quali la Commissione giudicatrice

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

« volle supplire ed integrare il certificato an-« zidetto.

« Risulta, invero, che a corredo della do-« manda per l'ammissione al concorso, il dot-« tor Giorgi aveva unito dei documenti rila-« sciatigli dall'Ispettorato di Sanità Marittima « (ed altri eziandio) dove attestavasi che il « candidato ricopriva l'ufficio di maggiore me-« dico di complemento. Tale sua qualità tro-« vava conferma nell'annuario ufficiale, ossia « *Ruolo* dei corpi militari della R. Marina, « recante la situazione al 20 marzo 1922; ivi « il dottor Giorgi era iscritto quale maggiore « medico, epperciò cittadino del Regno. Nella « situazione di cose suesposta, lo escludere il « Giorgi dal concorso, avrebbe costituito l'an-« titesi più stridente con la documentazione « da lui presentata, dalla quale è pacifico che « risultava accertato il requisito della citta-« dinanza; di più che egli era in possesso di « questo requisito non solo alla data stabilita « dal bando di concorso, bensì in data anche « posteriore. Non potevasi quindi, senza venir « meno ai concetti logici più riconosciuti dalla « giurisprudenza, *negare* alla Commissione « giudicatrice una facoltà di indagine colle-« gantesi con le cause e le ragioni della ri-« chiesta del certificato da prodursi. Infatti, « nel caso concreto, gli elementi di prova, che « la Commissione credette dovessero tenersi « in conto non erano per nulla estranei; ma, « all'opposto, compariscono del tutto attinenti « alla documentazione prodotta dal candidato « e circoscritti nell'ambito della documenta-« zione stessa ».

XIV. — Licenziamento per fine del periodo di prova.

La circostanza che a giustificazione del licenziamento per fine del periodo di prova siano stati indicati da alcuni consiglieri motivi e fatti specifici di natura disciplinare non snatura il provvedimento, sichè si debba considerarlo licenziamento per motivi disciplinari anzichè per fine di periodo di prova, secondo la formula risultante dall' ordine del giorno approvato dal Consiglio.

È illegittimo il licenziamento per fine del periodo di prova qualora non sia deliberato nel termine prescritto, cioè tre mesi almeno prima del compimento del biennio di prova; nè una semplice diffida notificata dal Commissario prefettizio con riserva del provvedimento che la rappresentanza comunale avrebbe creduto di adottare circa il licenziamento per fine del periodo di prova può sospendere il termine dalla legge stabilito o può valere come licenziamento.

(Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione 14 dicembre 1923, n. 1663, ric. Russo dott. Edoardo).

XV. — Efficacia della pubblicazione di verbali dei Consigli degli Ordini contenenti richiami a carico di un sanitario.

Il Bollettino della Federazione degli Ordini dei medici (n. 3) pubblica una decisione del Consiglio Superiore di Sanità circa la pubblicazione di verbali dei Consigli Amministrativi degli Ordini dei Sanitari nei quali siano contenuti apprezzamenti e richiami a carico di un iscritto.

La risoluzione del Consiglio Superiore a noi sembra sostanzialmente corretta.

Ne riportiamo la motivazione.

« Considerato che non è dubbio che, contenendo il deliberato del Consiglio Amministrativo dell'Ordine, apprezzamenti e richiami a carico del dott. Balugani, la pubblicazione del relativo verbale nel bollettino federale, pure deliberato dal Consiglio e demandato al Presidente, si risolve in un provvedimento di carattere disciplinare, a carico dello stesso dottor Balugani, provvedimento che, meno grave della sospensione dell' iscrizione nell' albo, sembra però più grave dell'avvertimento e della censura.

« Considerato che quali siano le pene disciplinari che possono applicare gli Ordini per reprimere eventuali abusi e mancanze di cui i Sanitari si rendessero colpevoli nel loro esercizio professionale, tassativamente determina l'art. 36 del regolamento 12 agosto 1911, n. 1022, fissandone anche le modalità di applicazione; ond'è che i Consigli degli Ordini non possono creare speciali forme di provvedimenti disciplinari che non siano previste dalle norme di ordine generale.

« Chiaro, quindi, appare che non poteva l'Ordine dei Medici di Como legittimamente applicare a carico del dott. Balugani la forma di pubblicità degli addebiti fattigli, che evidentemente ha tutti i caratteri di un provvedimento disciplinare a guisa di una censura pubblica, non prevista dalle norme d'ordine generali vigenti sulla materia.

« Considerato, per di più, come tassativamente prescrive l'art. 37 del citato Regolamento del 1911, che degli addebiti formulati a carico del dott. Balugani e che formano oggetto delle considerazioni di merito svolte nel verbale delle sedute del 24 e 29 marzo del Consiglio amministrativo, non sia stata data preventiva e formale notizia allo stesso dottor Balugani per la presentazione delle sue eventuali giustificazioni, ciò che in ogni caso avrebbe dovuto farsi prima di rendere di pubblica ragione gli addebiti medesimi.

« Per questi motivi, ecc. ecc. ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

La grave questione ospitaliera e l'opera dell'Associazione Italiana Direttori di Ospedali.

In un periodo nel quale ogni vita delle Società professionali sembra sospesa, se non spenta, è da segnalarsi l'attività singolare dell'Associazione Direttori di Ospedali, che, come si sa, è federata a quella dei medici ospitalieri. Il fenomeno simpatico merita di essere preso in considerazione anche e specialmente perchè detta Associazione va sostenendo, coi mezzi migliori, un programma che contiene in sè stesso quanto di meglio possa farsi per tutta l'assistenza sanitaria, pure se l'interesse diretto della classe speciale non venga dimenticato. Infatti anche in questo periodo di rinnovamento, quasi ad insaputa dei medici, va prendendo nuove radici il concetto errato ed esiziale che la funzione ospitaliera sia sovratutto di beneficenza e non un preciso obbligo di assistenza sociale, concetto derivato da elementi storici che dovrebbero essere superati anche moralmente, visto che lo sono già materialmente, poichè il gettito della beneficenza di fronte ai bisogni appare oggi pressochè trascurabile. Da questa base di errore scaturiscono le altre tristi conseguenze tante volte illustrate dai migliori tecnici ospitalieri e sovratutto il predominio nel campo dell'assistenza al malato dell'elemento empirico, il quale governa secondo criteri non di rado ancora più empirici, mentre i medici talvolta poco si interessano.

Esponente di questo stato d'animo generale, di questa poca conoscenza delle finalità vere dell'assistenza ospitaliera è che molti ospedali prendono la forma di agglomerati di piccole cliniche (forma che la presenza dell'Università soltanto giustifica) senza un vero capo competente che ne ordini i servizi generali e speciali, i quali vengono invece malamente tenuti assieme dal solo legame amministrativo economico: la figura del direttore primario è poi nella maggioranza dei casi, se si tratti di ospedali grandi, insufficiente dal punto di vista direttivo, perchè in genere, salvo onorevoli eccezioni, il medico in tali contingenze finisce per attribuire più importanza al primariato che gli rende di più e gli dà meno fastidi, che alla direzione la quale passa di fatto se non di diritto a persone meno competenti.

I direttori di ospedale, pertanto, con costanza degna di premio, da anni combattono dure battaglie, avversati da molti nemici, parecchi nello stesso campo dei medici, per sostenere questi principi fondamentali:

1° Che ogni Ospedale civile debba avere un direttore medico come lo hanno i Manicomi e i Sanatori e gli Ospedali militari.

2° Che un regolamento generale ordini la materia ospitaliera almeno nelle sue linee fondamentali: carriera del personale alto e basso, reclutamento e istruzione del corpo professionale degli infermieri, indirizzo uniforme, igienico-statistico.

3° Orientamento verso la provincializzazione che appare la forma più organica e redditizia dell'assistenza sanitaria anche nei rapporti internosocomiali.

Cose in apparenza semplici, ma che interessano tutto l'indirizzo degli ospedali e il loro rendimento, opponendosi a quella decadenza che in molti luoghi è già manifesta, sia pure in parte per ragioni economiche.

Per ottenere il suo scopo l'Associazione, pur mantenendo sempre vivo l'interessamento per le singole questioni locali, purtroppo numerose, ha sovratutto dispiegato azione costante perchè lo Stato intervenisse collo studio e coll'applicazione di un regolamento ospitaliero tipo.

Già nel 1916-17 ad una Commissione composta dall'ex-ministro Bertolini, dal gr. uff. Lusignoli, dai comm. Lutrario, direttore generale della Sanità Pubblica, del comm. Pironti, direttore generale dei Servizi amministrativi al Ministero dell'Interno, del prof. Vittorio Ascoli, direttore della Clinica medica di Roma e del dott. Ronzani, direttore dell'Ospedale Maggiore di Milano, era stato studiato diligentemente e in ogni sua parte il problema dell'assistenza infermiera, e il lavoro si era concluso in proposte concrete. Ma poi i grandi avvenimenti storici misero nel dimenticatoio quella opera paziente alla quale tanto avevano contribuito le idee e gli studi dei direttori di ospedali.

In seguito nel 1920 fu quasi varato un regolamento per gli infermieri, alla compilazione del quale era stato chiamato come collaboratore soltanto un medico... e che si occupava solo delle condizioni economiche degli infermieri, lasciando ancora nel *caos* l'assistenza ospitaliera, *caos* che permane e che permette di fare *licito di ogni libito*.

L'Associazione dei Direttori, nella convinzione che il Governo attuale, tenendo fede al programma di dare valore e autorità al tecnicismo debba una volta o l'altra favorire il piano solido e sicuro di ordinamento ospitaliero dalla stessa Associazione proposto, ha più volte avuto rapporti con uomini di Stato, ottenendone larghe promesse e consentimenti. Tale è oggi lo stato della questione, purtroppo non ancora risolta e sempre fortemente minacciata da opposizioni diverse che non consentirebbero di abbandonare i sorpassati concetti della beneficenza per trasformare l'assistenza ospitaliera in un servizio pubblico di primo ordine ove la carità si potrà ammettere semplicemente come mezzo sussidiario e non come base organica di lavoro. E se tutti i medici sentissero un po' di più l'interesse generale e si interessassero delle questioni più vitali della medicina sociale, si sarebbe a campo vinto. Ora appunto si sta discutendo la riforma burocratica nei Consigli dei Ministri e gli Enti di beneficenza saranno compresi nelle riforme. I voti dei Direttori di ospedali, sia nel loro programma massimo che in quello minimo furono chiaramente espresse al Governo, e il prof. Enrico Ronzani, direttore del-

l'Ospedale Maggiore di Milano, presidente dell'Associazione, ha portato l'argomento in seno al Congresso di igiene e di assistenza indetto dalla Deputazione Provinciale di Milano gli ultimi giorni del novembre scorso.

Il Congresso ha ascoltato con grande attenzione ciò che disse il Ronzani e tutti hanno compreso che la delicata questione ospitaliera, che non si osa affrontare solo perchè formidabile, deve essere ripresa con coraggio e con quei criteri che meritano i problemi della massima importanza sociale da risolversi anzitutto tecnicamente e non opportunisticamente. Noi medici poi dovremmo essere tutti concordi nel sostenere che il criterio tecnico è in ultima analisi anche quello più economico, perchè vieta e si oppone alle dispersioni fuori dalle finalità delle opere singole. Che importa, ad esempio, avere teoricamente economizzato in medicamenti, in presidii, nella disposizione degli ambienti ospitalieri, se poi lo scopo di guarire l'ammalato presto e bene non viene raggiunto o solo in parte? Il mantenere ad esempio i tubercolosi assieme ad altri ammalati, come tutt'ora accade un po' dappertutto, può rappresentare una economia di spazio e di servizio e di bilancio sulle carte dei rendiconti annuali, ma costituisce uno sperpero sociale assurdo perchè il capitale umano che si vuol riscattare viene invece perduto doppiamente, perchè si cura male l'ammalato e si rischia di far ammalare il sano, contrariamente a quei criteri un po' grossolani nella forma, ma sostanzialmente esatti, dell'industrializzazione dell'assistenza, che i Tedeschi ai tempi del loro splendore economico seguivano nelle loro casse di assicurazione sociale.

I Direttori di Ospedali vedono tutto ciò e cercano di orientare l'assistenza verso i suoi fini naturali, ma in molti luoghi si mettono loro tutti i bastoni possibili fra le ruote, mentre in altri si pensa addirittura di eliminarli perchè non si piegano alle idee opposte. Esempi recenti di questi tentativi mascherati sotto risibili ragioni economiche si sono avuti a Novara, a Vercelli, a Firenze e in altri luoghi.

Ma l'Associazione vigila e combatte per la buona causa: essa nacque nel 1910 ed ha avuto periodi di vita forte e fattiva, con un giornale suo proprio, l'ottimo archivio di scienza ospitaliera, diretto dal prof. Varanini, il quale trattava tutti gli oggetti più importanti della tecnica ospitaliera, con numerosi Congressi e con appassionate discussioni. I migliori Direttori di ospedali italiani: Gherardi, Ligorio, Baldassarri, Orlandi, Guicciardi, Varanini, Antonelli, Pugliesi, ecc., vi parteciparono con passione. Ora, come dicemmo, il Presidente dell'Associazione è il prof. Ronzani. Ma per ottenere che il programma di riforma esposto abbia almeno parte di compimento occorre che questi valorosi colleghi siano fiancheggiati dal consentimento e dall'aiuto materiale e morale di tutti i medici ben intenzionati e che cessi finalmente quello stato di comoda apatia e in fondo di egoismo che tuttora domina nella nostra classe e specialmente nella categoria degli ospitalieri.

A. Campani.

Cronaca del movimento professionale.

Nuovi Consigli degli Ordini.

Bergamo. — *Presidente*: dott. Bassi Emilio; *segretario*: dott. Arrigoni Prospero; *tesoriere*: dottor Galizzi Landriani Carlo; *consiglieri*: dottori Daina Ugo, Viterbi Achille, Roviglio Adeodato, Brignoli Angelo.

Bologna. — *Presidente*: prof. Lazzerini Arturo; *vice-presidente*: prof. Caliceti Pietro; *segretario*: dott. Della Casa Lorenzo; *tesoriere*: dott. Moreschi Giovanni; *consiglieri*: prof. Forni Gherardo, prof. Putti Vittorio.

Campobasso. — *Presidente*: dott. Ferrara Teodorico; *segretario*: dott. Verdone Nicola; *tesoriere extra Consiglio*: dott. Correra Tommaso; *consiglieri*: dottori Petrella Nicola, Petrucci Nicola, Sassi Domenico, Tagliaferri Francesco, Verdile Ettore.

Catania. — *Presidente*: prof. Cutore Gaetano; *segretario*: dott. Marcellino Salvatore; *tesoriere*: dott. Buscemi Antonino; *Consiglieri*: prof. Agua Eugenio, dottori Cona Salvatore, Crimi Nunzio, Grassi-Bertazzi Raffaele.

Catanzaro. — *Presidente*: dott. Poerio-Piterà Ercole; *segretario*: dott. Belliotti Luigi; *tesoriere*: dott. Nisticò Giovanni; *consiglieri*: dottori Cimino Luigi, Fazzari Achille, Sapresti Gioacchino, Serrao Sebastiano.

Chieti. — *Presidente*: dott. D'Alessandro Giuseppe; *segretario*: dott. Vetta Vittorio Angelo; *cassiere*: dott. Tillì Pietro; *consiglieri*: dottori Deletti Giuseppe, Dè Sebastianis Attilio, Giammaria Giovanni, Trozzi Alberto.

Cremona. — *Presidente*: dott. Ronconi Eulide; *segretario*: dott. Marconi Venanzio; *tesoriere*: dott. Cavalli Geremia; *consiglieri*: dottori Ferrari Carlo, Guarnieri Alfredo, prof. Rebizzi Renato, dott. Stradivari Italo.

Ferrara. — *Presidente*: prof. Giannelli Luigi; *consigliere anziano*: dott. Buscaroli Edmondo; *segretario*: dott. Maccanti Antonio; *tesoriere*: dott. Novi Alfredo; *consiglieri*: dottori Buzzoni Giovanni, Minerbi Giacomo, Samaritani Francesco.

Genova. — *Presidente*: prof. Sivori Luigi; *segretario*: dott. Greudi Rinaldo; *tesoriere*: dott. De Andreis Rodolfo; *consiglieri*: dott. Borelli Giuseppe, prof. Rebaudi Ulisse, prof. Arman Ermanno, dott. Chiappe Giovanni.

Grosseto. — *Presidente*: prof. Cignozzi Oreste; *segretario*: dott. Marzano Pasquale; *vice-segretario*: dott. Mareschi Cesare Leonaldo; *tesoriere*: dott. Menoni Carlo; *consiglieri*: dott. Musto Antonio, Verrelli Rocco, Zeppini Ugolino.

Roma. — *Presidente*: prof. Gallenga Pietro; *vice-presidente*: dott. Buglioni Giov. Batt.; *segretario*: dott. Paparozzi Francesco Saverio; *tesoriere*; prof. Zevi Vittorio; *consiglieri*: prof. Lugli Augusto, prof. Guidi Luigi, prof. Giannuzzi Armando.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra. Corpo d'Armata di Roma.

(Continuazione; vedi fasc. 9).

	Lire
Dott. Cossu Ferruccio, Peccioli	20
Dott. Sannazzari Giovanni, id.	20
Dott. Sainati Ranieri, Pisa	10
Assoc. Naz. Medici Condotti di Isola d'Elba	50
Dott. Canezza Alessandro, Roma	20
Dott. Cicaterri Beno, id.	25
Dott. Wild Giorgio, id.	10
Dott. Vignola Rodolfo, id.	5
Dott. Vidau Giulio, id.	2.50
Dott. Vidau Giuseppe, id.	2.50
Dott. Paoli Vincenzo, id.	25
Dott. Castelli Gino, id.	[illegible]
Prof. Agostini Cesare, Perugia	50
Dott. Barbiera Pietro, Subbiano	20
Dott. Sicuriani Ferruccio, Siena	10
Dott. Cabible Osvaldo, Livorno	20
Dott. Lombardi Eugenio, Roma	20
Dott. Curri Angelo, id.	5
Dott. Nastri Mario, id.	10
Dott. Buattini Pietro, Tuoro	10
Dott. Tiberti Tiberio, Arezzo	10
Ordine dei Medici di Arezzo	100
Dott. Garelli Emilio, Roma	10
Dott. Radogna Giuseppe, id.	20
Dott. Sironio Luigi, id.	25
Dott. Rinaldi Ulderigo, id.	25
Dott. Ceccacci Vincenzo, id.	10
Dott. Hoch Mario, id.	15
Dott. Ripandelli Renato, id.	30
Dott. Sacchetta Giovanni, id.	10
Dott. Caucci Livio, id.	10
Dott. Carlomagno Oreste, id.	15
Dott. Munaron Luigi, id.	10
Dott. Palladini Mario, id.	25
Dott. Bonifazi Armando, id.	10
Cap. M. Catarzi Ottorino, Livorno	20
Dott. Tarquini Raveggi Paolo, Tuscania	10
Dott. Tomei Umberto, Livorno	25
Dott. Gazzella Nello, Pisa	20
Dott. Lami Carlo Zanetto, id.	25
Dott. Giamboni Odoardo, Roma	5
Dott. Vannutelli Federico, id.	100
Dott. Falco Giuseppe, id.	50
Dott. D'Amato Vincenzo, id.	20
Dott. Frittzche Renato, id.	25
Dott. Marchetti Luigi, Pieve Torina	25
Dott. Croce Giuseppe, Monticiano	10
Dott. Moriconi Mario, Pisa	10
Dott. Battisti Dino, Arezzo	25
Dott. Briganti Antonio, Roma	10
Dott. Giannini Giacomo, Santa Maria Gal.	20
Cap. M. Toscano Pasquale, Roma	75
Dott. D'Alessio Nestore, id.	25
Dott. Bertè Guido, id.	30
Dott. Cupini Ignazio, id.	15
Dott. Imperiali Giulio, id.	50
Dott. Blasi Gaetano, id.	25
Dott. Scorza Camillo, Canepina	15
Dott. Maltese Francesco, Pisa	50
Ordine dei Medici di Pisa	200
Dott. Beni Umberto, Arezzo	20
Dott. Porcelli Pietro, Livorno	25
Dott. Barra Ottavio, Roma	10
Dott. Nardelli Giulio, id.	20
Dott. Orofino Francesco, id.	20
Dott. Vespignani Guido, id.	25
Prof. Amantea Giuseppe, id.	25
Prof. Baglioni Silvestro, id.	25
Dott. Clementi A., id.	25
Dott. Maestrini D., id.	25
Dott. De Luca Ulderico, id.	100
Dott. Carloni Leonardo, San Sepolcro	20
Dott. Pardi Francesco, Pisa	10
Dott. Giordani Riccardo, Roma	50
Dott. Di Girolamo Antonio, id.	30
Dott. Tari Francesco, id.	25

(Continua).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ABBADIA S. SALVATORE (*Siena*). — A tutto 15 mar.; vedi fasc. 9.

ARGENTA (*Ferrara*). — Scad. 20 mar., per Ospitale e Tragetto; L. 10,000 stip.; L. 3000 indennità complementare. Chiedere avviso e chiarimenti alla Segret. comun.

BREMBILLA (*Bergamo*). — Al 15 mar. L. 6500 per 1000 pov. circa su 4468 ab. residenti; L. 500 mezzi trasporto.

CASTEL DI CASIO (*Bologna*). — Scad. 25 marzo. L. 7000 stip.; L. 1500 cavalc.; L. 2500 uff. san.; primo c.-v. Tassa a mezzo cart.-vag. di L. 50,10.

CASTEL RITALDI (*Perugia*). — Consor. con S. Giovanni a tutto il 15 marzo. L. 6000 p. pov.; L. 2000 cavalc.; 3 quinq. dec.; c.-v.; L. 100 (*sic.*, annue) quale uff. san. Serv. entro 20 g.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). A tutto il 31 mar., per Morra; L. 6000 e 5 sessenni decimo; L. 2000 cav. Servizio entro 20 g.

COTTANELLO (*Roma*). — A tutto il 20 marzo. Stip. e indennità conglobate L. 10,600. Chiarimenti dalla Segreteria Comunale.

CUNEO. *R. Prefettura.* — Uffic. sanit., medico capo dell'Ufficio d'Igiene del capol.; L. 10,000 e 12 bienni ventesimo; titoli ed esame. Scad. ore 17 del 20 mar. Età lim. 45. Sarà tenuto in particolare conto il diploma di «perito bacteriologico».

CRESPADORO (*Vicenza*). — Scad. 15 mar. L. 6000 fino a 1000 pov., 10 trienni ventes., addizionale L. 200 ogni 100 pov. in più; L. 1800 cavallo; L. 400 uff. san.; L. 1000 se non potesse fruire congedo; età lim. 45. Tassa L. 50. Ab. 3100; pov. 400 circa.

MALEO (*Milano*). — Scad. 25 mar., L. 11,500 residenza e cura circa 600 pov. (compresi quota complementare, c.-v. e indenn. velocip.); L. 500 all'acquisto della stabilità; 3 quinquenni di L. 650.

RECANATI (*Macerata*). — A tutto il 15 mar., chirurgo condotto; vedi fasc. 9.

ROMA. *Croce Rossa Italiana.* — Medico aiuto nel Sanatorio Cesare Battisti presso Roma; L. 700 mens. compreso: c.-v., vitto, alloggio. Scad. 15 mar. Età lim. 35. Stato di fam. Chiedere dettagli alla Sede centrale, Ufficio II, Via Toscana 12.

S. VINCENZO VALLE ROVETO (*Aquila*). — Proroga 20 mar.; 1ª zona (in prossimità staz. ferrov.); L. 6000 residenziali; L. 500 uff. san.; L. 2000 cav.

TURI (*Bari*). — Scad. 20 mar. L. 4000 (*sic.*) oltre 4 trienni di L. 800 e 4 di L. 600; obbligo di prestarsi agli abbienti dietro equo compenso.

Gabinetto oculistico moderno, città di Verona, cedesi buone condizioni. Rivolgersi dott. E. Tassoni, Cornedo (Vicenza).

Diffide.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della provincia di Arezzo diffida il concorso a medico primario dell'Ospedale del Capoluogo.

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze.* — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Associaz. Ital. per l'Igiene.* — Premi opuscoli di propaganda. Vedi fasc. 50. Proroga 15 maggio 1924.

ROMA. *Associaz. Profess. Dermosifilografi Italiani.* — Premio Locatelli. Vedi fasc. 45 del 1923. Scad. 15 maggio 1924.

ROMA. *R. Clinica Oculistica.* — Premi Cirincione e Cidoni. Vedi fasc. 17 del 1923. Scad. 31 maggio 1924.

ROMA. — *Ministero della Guerra.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

TORINO. *R. Accad. di Medicina.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

VENEZIA. *R. Istituto Veneto.* — Premio Minich. Scad. 31 dic. 1924. Premio Forti. Scad. 31 dic. 1925. Vedi fasc. 40 del 1923.

BORSE DI STUDIO.

MILANO. *Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde.* — Assegno di L. 4000 ad un laureato in medicina sulla Fondazione Vittorio Em. II. Vedi fasc. 9. Scad. 31 mar. 1924.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. G. Mingazzini è stato nominato alla unanimità socio onorario della Società medico-chirurgica di Praga (Czecoslovacchia) e della Società dei neurologi tedeschi (Berlino).

Da una Commissione speciale composta dai proff. Bordoni, Uffreduzzi, Achille Monti e Luigi Zoia, fu dichiarato vincitore del premio per il primo concorso della «Fondazione dott. Ambrogio Beretta» per il 1924, il dott. Aldo Agosta, il quale presentò due pregevoli memorie inedite, l'una sui tumori intracranici, l'altra di studi anatomo-clinici sulle afasie. Il premio consiste in una medaglia d'oro ed in un assegno di L. 8000.

Col 31 dicembre scorso è scaduto anche il secondo concorso intitolato Ambrogio Beretta; esso è andato assolutamente deserto; come il precedente, riguardava studi di clinica medica e di anatomia patologica.

Il concorso essendo biennale, quanto prima verranno messi in gara i premi per il biennio 1924-1925; ogni premio consisterà in una medaglia d'oro e nella somma di lire 7000.

L'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna ha conferito il premio Aldini (medaglia d'oro e L. 1000) al dott. Gaetano Viale, dell'Istituto di Fisiologia di Torino, per le sue ricerche nel campo della elettrofisiologia.

Il nostro redattore prof. Giuseppe Amantea, già aiuto dell'Istituto di fisiologia di Roma, è stato chiamato dalla facoltà di Messina come incaricato nell'insegnamento della Fisiologia umana.

Cordiali congratulazioni al nostro amico, ed augurii.

Il prof. Giuseppe D'Agata, ordinario di Patologia e Clinica chirurgica nella R. Università di Camerino, è stato chiamato a dirigere l'Istituto di Clinica chirurgica nella R. Università di Messina. Rallegramenti sentiti.

Il dott. Enrico Sciaky, chirurgo primario dell'Ospedale Hirsch in Salonicco, ha conseguito la libera docenza in patologia chirurgica presso la R. Università di Roma; tema della tesi: «Microbismo latente nelle affezioni chirurgiche»; tema della lezione: «Fratture del collo del femore»; il disserente venne felicitato dalla Commissione. Rallegramenti all'esimio studioso.

Su proposta del ministro della guerra e con Sovrano *motu proprio,* il prof. comm. Giuseppe De Luca, consigliere sanitario della R. Locazione d'Italia a Buenos Ayres, è stato insignito della commenda dei Ss. Maurizio e Lazzaro per particolare benemerenza durante la guerra.

Il prof. Mario Donati, direttore della R. Clinica chirurgica di Padova, è nominato cavaliere ufficiale dell'Ordine dei Ss. Maurizio e Lazzaro, su proposta del ministro Gentile.

Il prof. Alberto Sganga, libero docente di medicina operatoria e patologia chirurgica a Napoli, è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia, *motu proprio* del Re.

Ci rallegriamo con i distinti colleghi.

NOTIZIE DIVERSE.

Per la idrologia italiana.

La «Sezione Alta Italia» della Associazione Italiana di Idrologia, riunita in seduta ordinaria, ha espresso voto unanime di vivissimo plauso al programma del senatore Mangiagalli per la Idrologia italiana. Vennero inoltre fissate, su proposta del prof. L. Devoto, le direttive generali ed i principali argomenti di discussione per il prossimo Congresso Nazionale Idroclimatologico di Abbazia (prima decade di giugno), il quale riuscirà una grande affermazione ad un tempo scientifica e patriottica.

Dopo che il Gr. Uff. Rebucci, Presidente della Federazione Termale Italiana, ebbe esposto, in lucida sintesi, quanto più urgentemente occorre per lo sviluppo delle nostre Stazioni idrologiche, cilmatiche, ecc., venne inviato un telegramma a S. E. Mussolini di vivo plauso per quanto già fatto in questo campo dall'attuale Governo e auspicando alla attuazione di un «Credito Termale» a sussidio delle private iniziative, con appoggio dello Stato.

Il prof. Piccinini, che presiedeva la seduta, tenne poi, davanti ad un eletto uditorio, la conferenza, vivamente applaudita, su «La Idrologia come corpo scientifico a sè e nei suoi rapporti colle altre Scienze».

Solenne consegna di doni sanitari al Giappone.

L'Ambasciatore d'Italia a Tokio, comm. De Martino, ha ricevuto ed ha successivamente trasmesso alla Croce Rossa il materiale di soccorso che, sia per propria iniziativa, sia per incarico del Presidente del Consiglio, on. Mussolini, la Croce Rosse Italiana ha inviato a quella popolazione così dolorosamente colpita dal terremoto.

Il materiale della prima spedizione, giunto col piroscafo «Duchessa d'Aosta», comprendeva 124 casse; il materiale della seconda spedizione comprendeva altre 148 casse di indumenti e 10 padiglioni-casette. Per cura della R. Ambasciata e del solerte Delegato della Croce Rossa Italiana, prof. Pastorelli, il tutto è stato consegnato a volta a volta al presidente della Croce Rossa Giapponese, signor Hirayama.

I padiglioni-casette acquistati dalla Croce Rossa Italiana con parte della somma messa dal Governo Italiano a disposizione, sono stati inaugurati a Tokio solennemente. La inaugurazione ha avuto luogo in presenza del Ministro degli Affari Esteri, del Vice Presidente dell'Interno, del Sindaco di Tokio e delle altre autorità. Sono stati pronunciati eloquenti discorsi dal Presidente della Croce Rossa Giapponese, signor Hirayama, dal R. Ambasciatore d'Italia, comm. De Martino, dal Ministro degli Esteri e dal Sindaco di Tokio: tutti inneggianti all'amicizia dell'Italia col Giappone.

I Padiglioni sono stati collocati in ottime posizioni: un gruppo a Tokio e un gruppo a Yokohama, sono stati destinati ad accogliere dispensari della Croce Rossa Giapponese e delle due Municipalità e sono stati apprezzatissimi tanto dalle Autorità come dalla popolazione, per il loro carattere veramente utile e pratico.

Sono generali le espressioni di pubblica riconoscenza verso il Governo Italiano e verso la Croce Rossa Italiana per questi invii generosi, di indumenti e specialmente di casette-padiglioni.

La costituzione del " Consorzio Italiano di Assicurazione Aeronautica ".

È noto l'impulso che il Governo Nazionale, sin dall'inizio della sua assunzione al potere, con provvedimenti varii che hanno culminato nella creazione dell'Alto Commissariato per l'Aeronautica, ha voluto imprimere all'esercizio della aeronautica italiana, convinto che essa costituisca una delle più efficaci forme di incremento delle comunicazioni e dei commerci, ma sopratutto anche un mezzo indispensabile, se non forse prevalente, per la difesa nazionale.

Uno dei problemi direttamente derivanti dall'aumentato e sempre crescente sviluppo dell'aeronautica era quello dell'assicurazione dei rischi inerenti al suo esercizio; e la risoluzione di questo problema può dirsi ora un fatto compiuto con l'avvenuta costituzione in Roma, sotto gli auspici della «Unione Italiana di Riassicurazione» e con il concorso dei maggiori Enti assicuratori d'Italia, di un «Consorzio Italiano di Assicurazione Aereonautica».

Basta il semplice accenno per dare un'idea dell'importanza del Consorzio, alla cui presidenza è stato chiamato il gr. uff. avv. Foscolo Bargoni, Direttore Generale della *Cassa Nazionale Infortuni*, e alla vice-presidenza il comm. dott. Bruno De Mori, Direttore Generale dell'Unione Italiana di Riassicurazione. Il Consorzio, che ha già iniziato il suo funzionamento con l'assistenza dei tecnici più esperti in materia d'assicurazione, gestisce principalmente i seguenti rami assicurativi: Infortuni, Responsabilità Civile, Danni agli apparecchi, Incendio, Trasporti.

Pel VII Centenario dell'Ateneo Napoletano.

Il programma ufficiale delle feste del VII Centenario dell'Ateneo Napoletano è il seguente: 29 aprile: Congresso della Società delle Scienze (fino al 3 maggio); 3 maggio: passeggiate e festeggiamenti vari; 4 maggio: inaugurazione ufficiale del Centenario con un discorso al Teatro «S. Carlo», alle ore 13 banchetto alle autorità ed agli ospiti stranieri, alle 21 dello stesso giorno grande concerto musicale diretto dal prof. Cilea; 5 maggio: Congresso internazionale di filosofia, discorso del Ministro Gentile e commemorazione di S. Tommaso in S. Domenico Maggiore; nella sera ricevimento a Palazzo Reale; dal 6 al 9 maggio proseguimento del Congresso di Filosofia; 10 maggio: Periegesi della Zona Virgiliana dei Campi Flegrei, con visita dei ninfei e delle grotte del lago d'Averno, del Cunicolo di Cocceio e dell'Antro della Sibilla; 11 maggio: chiusura ufficiale delle feste. Nella mattinata ludi iso-olimpici, nel pomeriggio visita ai nuovi scavi di Pompei e alla celebre Villa dei Misteri nella sera, al chiaro di luna, lampadedromie. Nei giorni delle feste avranno luogo anche delle visite ai dintorni di Napoli, delle gite nel golfo, al parco Reale di Caserta e all'anfiteatro di S. Maria a Capua Vetere.

Il Consiglio dell'Università di Parigi ha designato i sigg. Hauvot e Brunwig a rappresentare l'Università stessa alla cerimonia del centenario.

Corsi di perfezionamento.

Dalla metà di marzo alla metà di aprile si terrà nell'Ospedale Civile di Venezia un corso accelerato per medici pratici, di clinica medica e chirurgica e delle varie specialità.

Per informazioni rivolgersi alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale Civile.

Un corso bimestrale d'igiene pratica per aspiranti ad uffici e ad ufficiali sanitari avrà luogo dal 15 marzo al 15 maggio, nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Catania. Possono iscrivervisi, medici, veterinari, chimico-farmacisti, chimici puri, dottori in scienze agrarie, in scienze naturali, diplomati in farmacia.

Durante il mese di marzo, in data da precisare, verrà iniziato presso la Facoltà medica di Firenze un corso bimestrale di anatomia, fisiologia e patologia dell'orecchio e delle prime vie respiratorie, dai proff. Cataldi, Simonelli e Torrigiani. I frequentatori, in seguito ad esame, conseguiranno un certificato di profitto. Per informazioni, programmi ed iscrizioni rivolgersi alla Segreteria della Facoltà (via Alfani 33).

Dal 5 maggio al 5 luglio avrà luogo un corso di perfezionamento presso la R. Clinica dermosifilopatica di Napoli. Saranno impartite lezioni cliniche ed eseguite esercitazioni cliniche e di laboratorio. Superata la prova di esame, si otterrà un diploma.

La lotta contro la tubercolosi a Milano.

L'Associazione milanese per la lotta contro la tubercolosi ha tenuto a Milano un'assemblea in cui si è proceduto alla nomina del nuovo Comitato, che avrà a presidente l'avv. Vigevani. È stata decisa la costruzione di un primo dispensario anti-tubercolare, da erigersi su di un'area di proprietà dell'Associazione, in via Ramazzini; così pure la costruzione di un Istituto permanente marino, per le forme curative infantili tubercolari.

Le colonie marina e alpina per i bimbi tubercolotici di Fiume.

Si è proceduto all'acquisto di una vastissima tenuta dell'ex-arciduchessa Elisabetta d'Austria, situata sulla spiaggia tra Fiume e Abbazia, dove sarà istituito un sanatorio per bambini tubercolotici fiumani, mentre alla creazione della colonia alpina ha provveduto il presidente della Società Adria, Andrea Ossoinack, facendo dono di una villa e di un'ampia tenuta montana esistente in territorio di Fiume.

Gli ospedali agli indigenti.

Il I Congresso professionale dei medici ospedalieri della Francia ha adottato i seguenti voti:

1° L'Ospedale è fatto per i poveri; per le cure mediche e chirurgiche prestate ai poveri i sanitari hanno diritto a indennità, che devono essere in rapporto con i servizi prestati e con le esigenze della vita;

2° Riguardo ai meno abbienti, per i quali le istituzioni private importerebbero sacrifizi troppo gravi, il Congresso afferma il diritto dei sanitari ospedalieri agli onorari; la prospettiva di dover corrispondere onorari legittimi varrà ad evitare gli abusi dell'ospedalizzazione;

3° Nessun'altra categoria di ammalati ha diritto all'ospedalizzazione.

Questi voti furono comunicati al Ministro d'igiene, assistenza e previdenza sociale.

Un ospedale americano a Gerusalemme.

Secondo un comunicato del dott. Nathan Ratnoff, presidente di un Comitato di medici ebrei americani, verrà eretto un ospedale moderno, con collegio medico, sul Monte degli Ulivi, a Gerusalemme, sostenendo una spesa di 1 milione di dollari, per la quale si sono quotati medici e filantropi; all'uopo è già stata acquistata un'area di 8 acri. L'Università rientrerà nel piano generale elaborato dall'americano Keren Hayesod. I laboratori di chimica e di biologia sono già in costruzione e si annuncia che verranno inaugurati al principio di giugno. (*Journal A. M. A.*).

Una Scuola medica nell'Africa meridionale.

Verrà istituita a Fort Hare per gl'indigeni; comprenderà un biennio preparatorio ed un triennio clinico, quest'ultimo, presso l'Ospedale Durban. Per l'iscrizione nella Scuola si richiederà di aver seguito un corso secondario paragonabile a quello che si svolge nella Gran Bretagna. (*Journal A. M. A.*).

Riduzione di prezzo dell'insulina.

Il « Medical Research Council » dell'Inghilterra annunzia che il prezzo di vendita al minuto dell'insulina è stato ridotto in misura corrispondente a 3 dol. ogni 100 unità; mentre nel secondo semestre del 1923 esso aveva corrisposto a 4 dol., e prima era stato a 6 dol. La riduzione di prezzo deve attribuirsi all'accresciuta efficienza della tecnica di allestimento, nonchè alla maggiore produzione inerente al cresciuto consumo. I produttori presumono di poter abbassare ancora il prezzo dell'insulina; ma non sarà possibile di scendere al di sotto di un limite sempre elevato, a meno che non si trovino nuove sorgenti del costoso prodotto. La desiderata riduzione di prezzo si è avuto, in Inghilterra, malgrado sia stato reso più elevato il valore delle unità curative, per portarlo al livello delle unità americane. (*Journal A. M. A.*).

Il prof. J. ROSENBACH, spentosi di recente a 80 anni, diresse a lungo la policlinica chirurgica dell'Università di Gottinga. Lascia una traccia durevole per i suoi studi nel campo della microbiologia: sull'eziologia dell'osteomielite, dell'« eresipeloide », del tetano, sulla flora batterica delle ferite infette, della gangrena da ospedali, delle affezioni suppurative da blastomiceti, ecc.; ha pubblicato anche una serie di monografie apprezzate nel Trattato di Medicina pratica diretto da Ebstein e Schwalbe. Modesto, cortese, godeva di larghe simpatie.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di settembre 1923.

MALATTIE	3-9		10-16		17 23		24-30	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	90	330	109	625	85	263	100	381
Scarlattina. .	83	186	115	319	101	233	108	362
Vajuolo e vajoloide . . .	—	—	—	—	—	—	3	3
Tifo addominale . . .	370	974	501	1284	452	1127	469	1122
Difterite e croup . . .	92	147	123	270	135	224	3	3
Meningite cerebro-spinale	1	1	7	11	6	6	33	115
Dissenteria	19	33	38	88	41	112	—	—
Peste bubbonica . . .	—	—	—	—	1	1	—	—

Tifo petecchiale, Colera asiatico, nessuna denunzia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Morgagni, 20 gen. — V. TANTURRI. Spasmo riflesso quale sintomo differenz. delle affez. esofagee.

Ann. Clin. Med., III. — G. DI BATTEI. Nuove reaz. di flocculaz. e intorbidamento per la diagnosi di sifil. — G. DI MARCO. Proprietà fisico-chim. del siero di s. nell'acidosi sperim.

Lancet, 19 gen. — J. B. MENNEL. Uso e abuso della terapia fisica. — J. COPE. Iperestesie cutanee nelle affezioni addom. acute.

Presse Méd., 16 gen. — P. PAGNIEZ. Tossicità del siero e del liq. c.-r. di epiletici. — R. GAULTIER. Gastrotonometria clinica.

Giorn. Med. Mil., 1 gen. — G. MEMMO. Il servizio sanit. milit. nell'ultima guerra.

Annali di Oftalmol. e Cl. Oc., 11-12. — A. CONTINO. Determinazione dell'acutezza visiva. — G. OVIO. Sulle macchie corneali. — V. VON BERGER. Edema della retina di Ivanoff.

Journ. Méd. de Paris, 10 gen. — GALLIOT. La sifilide implacabile.

Med. Review, gen. — R. HUTCHISON. Il significato diagnostico del dolore addominale.

Tubercolosi, dic. — S. MORELLI. Variaz. di peso degli ammalati in sanatorio.

Zbl. f. inn. Med., 19 gen. — J. S. GALANT. La ritenzione psicogena d'urina. — 26 gen. W. STERNBERG. Gastroscopia.

Riv. Oto-Neuro-Oftalmol., 2. — A. POPPI. Terapia delle nevriti ottiche. — A. SEGNINI. Preparati arsenicali nella sifil. ocul. — A. BALDUZZI. Tumore dell'ipofisi senza sindr. ipofis. — G. FERRERI. Ipoeccitabil. del vestib. poster. nella meningite sierosa.

Annales Inst. Pasteur, dic. — A. BORREL, L. BOEZ e A. DE COULON. Vaccinazione antitubercolare. — L. K. WOLFF e J. W. JANZEN. Virulenza multipla del batteriofago.

Wien. Archiv. f. Klin. Medizin., 2 dic. — O. KLEIN. La funzione del rene con stasi. — P. HABETIN. Prova funzionale del midollo osseo. — C. PASCHKIS. L'inferiorità congenita del fegato.

Journ. A. M. A., 29 dic. — J. C. GRANT. Localizzazione dei tumori cerebr. — S. A. KINNIER WILSON. Il trauma nella genesi delle mal. nerv. funzion. — D. T. SMITH e H. CASPARIS. Il violetto di genz. sulle streptococciemie.

Giorn. Cl. Med., 20 gen. — A. SPANIO e E. ZAMBONI. Influenza del chinino sulla cutireaz. alla tubercolina.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 17 Marzo 1924 Fasc. 11

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Patologia Speciale Medica Dim.va della R. Università di Padova.

Sul fenomeno del Baccelli negli empiemi metapneumonici.

Dott. prof. G. A. Pari, medico primario nell'Ospedale Civile, direttore incaricato.

À tout Seigneur tout honneur. Non si può entrare a discorrere di un fenomeno semeiologico al quale abbia dedicato i suoi studii un grande clinico, se non con qualche esitazione compenetrata di reverenza. Ma l'ammalato è il maestro supremo, e perciò ogni grano di esperienza ed ogni discussione fondata sui fatti devono essere leciti, anche superando l'inibizione che questa reverenza impone in un primo momento e che, se si facesse sentire oltre una certa misura, ostacolerebbe ogni allargamento delle conoscenze in un campo nel quale un grande abbia segnata la sua impronta solenne.

Si sa che, per qualche decennio, le discussioni sul fenomeno del Baccelli nelle pleuriti si sono imperniate in buona parte su equivoci. Oggi quegli equivoci si possono ritenere chiariti, particolarmente quando si prenda per guida la recente revisione che dell'«Opera del Baccelli nello studio delle pleuriti» ha fatto il Viola nel volume in memoria di G. Baccelli pubblicato dalla Società italiana di Medicina Interna (1916-1922).

Sarebbe inutile che io cercassi nuove parole per esprimere quello che il Viola espone con la consueta chiarezza:

« È opportuno fissare subito con precisione, che quando noi ascoltiamo la voce afona sopra un versamento pleurico, dobbiamo tener presenti, stando a quanto si deduce dalla attenta lettura dell'opera baccelliana, i seguenti fattori: *a*) la *intensità* fonetica generica della voce afona per cui essa sia più o meno intensa del normale nei versamenti; *b*) la impressione di *vicinanza* o lontananza della voce, per cui paia prodursi come alla periferia del polmone, subito dopo l'orecchio, o venire dalle profondità del torace, o anche da grande lontananza; *c*) la *nettezza della trasmissione* della sillabazione e delle lettere tutte della parola pronunciata ».

« Di questi tre elementi, il terzo è di gran lunga il più importante, ed è il solo patognomonico nella osservazione del fenomeno del Baccelli ».

« È vero che nei versamenti limpidi la voce afona appare notevolmente *rinforzata* per risonanza, rispetto al normale; è vero che essa fa l'impressione di sorgere in immediata *vicinanza* dell'orecchio, ma il carattere decisivo della diagnosi di natura limpida del versamento sta sempre nel fatto, che le lettere onde si compone la parola trentatre vengono *tutte trasmesse nettissimamente*. Perchè può darsi il caso, che il rinforzo venga a cessare per interposizione di cotenne pleuriche o per grosse masse muscolari; può darsi il caso che la voce sembri venir di lontano, come nei versamenti molto ricchi di fibrina, ma, se il versamento è limpido, le lettere della parola si trasmetteranno tutte nettamente, per quanto fievole possa essere il fil di voce ».

« Da questi principii generali, per l'applicazione pratica se ne potevano trarre varie ed importanti conclusioni sulla natura dei versamenti, che noi [Viola], riassumendo le due opere del Baccelli, elenchiamo sotto la forma dei seguenti sette corollari:

«1) Ogni qual volta avviene che in un versamento, precedentemente diagnosticato come tale, e su tutta la sua estensione, in alto e in basso, la voce afona si trasmette con tutte le lettere sillabate, con intensità aumentata e con carattere di vicinanza, — il versamento è con sicurezza sieroso, poco fibrinoso, non corpuscolato e di poca densità ».

« 2) Se la voce si trasmette con questi caratteri solo in alto del versamento, mentre in basso la voce afona si affievolisce e si va perdendo più o meno la progressiva nettezza delle varie lettere — il versamento è corpuscolato e in via di sedimentazione per gravità ».

« 3) Un versamento torbido, perchè chiliforme, che deve la sua lattescenza non a pus sospeso, ma a presenza di finissime particelle di grasso, si comporta come un versamento sieroso limpido ».

« 4) Se la voce si trasmette netta in tutte le lettere, ma fievole e lontana, il versamento è limpido ma è ricchissimo di fibrinogeno ».

« 5) Se la voce si trasmette netta in tutte le lettere, vicina, ma per zone si dimostra ora più fievole ed ora più intensa, il versamento è limpido, ma esistono zone cotennose pleuriche umide e polpose ».

« 6) Se la voce si trasmette monca di alcune lettere e in generale con sillabazione fusa e confusa, il versamento è in grado vario corpuscolato ».

« 7) Se la voce non si trasmette affatto o solo come appulso labiale il versamento è densamente corpuscolato (pus o sangue) ».

Però « siccome, nell'atto dell'ascoltazione della voce afona, le qualità che più emergono e sorprendono sono quelle del rinforzo e della vicinanza, e in loro presenza la completa e netta trasmissione delle sillabe richiama assai meno l'attenzione, così si è identificato il fenomeno del Baccelli essenzialmente con il rinforzo e con la vicinanza della voce, vale a dire, in termine semeiotico, colla pettoriloquia, e spesso non si è tenuto più conto alcuno, o solo secondario, della trasmissione delle lettere, che viceversa è il vero criterio univoco discriminativo invocato dal Baccelli ».

Il Viola dalla sua esposizione trae la conclusione che il dottrinale baccelliano, rispetto alla trasmissione dei suoni attraverso ai versamenti pleurici, rimane intatto anche oggidì nelle sue basi teoriche. Per quanto riguarda i sette corollarii pratici che se ne possono trarre, essi permangono del pari intatti, eccetto l'ultimo, che il Viola ritiene dovrebbe essere così modificato in senso restrittivo (perchè se i bronchi sono schiacciati dalla pressione del versamento, la voce afona è interamente abolita, ed allora manca anche il soffio bronchiale):

« 7) Se la voce afona non si trasmette affatto, e contemporaneamente è presente, anche molto indebolito, il soffio bronchiale, il versamento sarà giudicato densamente corpuscolato. In assenza però anche del soffio bronchiale è impossibile qualunque distinzione fra versamento limpido o corpuscolato ».

La conoscenza personale che ho da lungo tempo dell'abilità, dell'esperienza, dell'accuratezza semeiologica del prof. Viola (dal quale

appresi gli elementi della semeiologia) mi fa dare molto peso al suo giudizio. Ma alcuni casi di empiema che ho avuto occasione di osservare mi fanno ritenere necessario di aggiungere alla restrizione del significato pratico del fenomeno del Baccelli che il Viola afferma per casi nei quali manca la trasmissione della voce afona (corollario 7) anche una restrizione per casi nei quali sono trasmesse tutte le lettere (corollario 1). In questi casi si dovrebbe, secondo il Baccelli, ammettere la limpidità del liquido; invece talora questo risulta abbondantemente corpuscolato e addirittura purulento.

Ho osservato parecchi di questi casi, nei quali della voce afona si trasmettevano tutte le lettere, e non solo in alto (per limpidità degli strati superiori in conseguenza della sedimentazione), ma anche su quasi tutta la zona di massima ottusità della regione sottoscapolare, perdendosi poi gradualmente in basso, al confine tra torace e regioni lombari, là dove tutta la sintomatologia fisica del versamento va sfumando e meno richiama l'attenzione perchè meno si presta a differenziazioni diagnostiche evidenti. La puntura esplorativa dava esito ad abbondante liquido decisamente purulento, contrariamente a quanto il fenomeno avrebbe dovuto far ammettere.

Potrei riportarne parecchi esempii. Mi limito a riferire che anche nell'anno 1922-23, allorchè tenni le abituali lezioni sulle pleuriti, accennai a questo comportamento agli studenti del mio corso, pur non disponendo al momento di casi clinici dimostrativi. Pochi giorni dopo potevo presentare un primo caso, in una ragazza di 23 anni nella quale l'empiema andò formandosi in riparto, e dopo poche settimane un secondo caso, in una donna anziana entrata in Riparto con pio-pneumotorace già costituito. In ambedue i casi la voce afona (trentatre) era trasmessa in tutta la zona di ottusità nella regione sottoscapolare, con tutte le lettere distinte, o tutt'al più con uno smorzamento della erre.

In ambedue le ammalate si udiva un soffio bronchiale, benchè non intenso. Nella giovane era conservato in qualche punto nella zona di ottusità un fremito vocale tattile, sia pure molto debole, segno di aderenze tra il polmone e la parete toracica attraverso il liquido purulento.

In ambedue le ammalate la puntura esplorativa dava esito ad un liquido decisamente purulento ad un livello più alto di quello fino al quale la voce afona si trasmetteva con tutte le lettere; il fenomeno semeiologico non poteva quindi essere dovuto alla sedimentazione del liquido ed alla limpidità dei suoi strati alti.

Ambedue i casi furono poi operati con fuoriuscita di abbondante liquido decisamente ed uniformemente purulento.

È un caso puramente accidentale che va portando a me più volte all'anno esempii di questa eventualità, mentre altri medici di indiscussa competenza semeiologica li negano? Il caso può certo aver contribuito a far accumulare nella mia casistica parecchi esempii di un comportamento non comune, però credo che non si tratti di pure eccezioni, registrabili soltanto quali «rariora artis», anche perchè, riandando i varii casi clinici, ravviso una nota comune in tutti quelli che mi presentarono sinora questo comportamento: trattavasi, cioè, di empiemi consecutivi a polmonite del lobo inferiore.

Mentre la polmonite franca per sè stessa può dare un po' di liquido pleurico abbondantemente corpuscolato, il quale facilmente si riassorbe, l'insorgenza di un vero empiema ci fa ritenere probabile che la polmonite, anzichè risolversi, avesse dato luogo ad altri gravi processi morbosi, come l'ascesso o la gangrena, anche se la presenza stessa del versamento pleurico sottraeva quasi completamente il processo parenchimatoso polmonare alle indagini semeiologiche dirette.

Probabilmente in questi fatti è da ricercare la ragione del comportamento anomalo del fenomeno del Baccelli. Il lobo polmonare inferiore, ancora alterato per la polmonite recente, ma sovrattutto alterato per il fatto morboso ancora in atto, quale l'ascesso o la gangrena, non si retrae tanto, quanto di solito si retrae il parenchima polmonare aereato in casi di versamento liquido o gasoso, e rimane più vicino alla parete toracica.

Nelle autopsie si osserva poi che con molta frequenza le cavità polmonari da ascesso e da gangrena metapneumonici si aprono alla superficie inferiore o diaframmatica del polmone, determinandovi aderenze. Questa circostanza può contribuire ad ostacolare la retrazione del polmone, già per sè poco elastico, e ad impedire così l'estinzione delle lettere afone attraversanti il liquido.

Inoltre le caverne e gli infiltrati polmonari dànno, come aveva dimostrato lo stesso Baccelli, il fenomeno della pettoriloquia afona (rinforzo e vicinanza), e quindi può darsi che la voce afona, rinforzata all'origine, portata più vicina alla parete toracica per la minore retrazione polmonare, attraversi più facilmente con tutte le sue lettere lo strato liquido purulento.

Questi fattori possono renderci ragione del comportamento osservato (1). Ma, siano queste od altre le ragioni del fatto, dal punto di vista diagnostico quello che più preme è affermarne l'esistenza.

Anche con questo, non mi sembrano scosse le basi teoriche di quello che il Viola chiama il dottrinale baccelliano. Ma, dal punto di vista pratico, all'eccezione già rilevata dal Clinico di Bologna, nei riguardi dell'utilizzazione diagnostica mi sembra sia da aggiungerne anche un'altra.

Io ritengo cioè che, dopo sgombrata la discussione sul fenomeno del Baccelli da ogni vecchio equivoco, accanto alla riserva giustamente enunciata dal Viola per l'interpretazione di quei casi nei quali la voce afona non è trasmessa (cioè che l'assenza della trasmissione non ha significato differenziale tra versamento limpido e corpuscolato qualora manchi anche il soffio bronchiale) occorre formulare una riserva anche nell'interpretazione dei casi nei quali la voce afona è trasmessa con tutte le sue lettere (cioè che si può avere questo comportamento semeiologico, anche essendo purulento il liquido, in casi nei quali l'empiema consegue a polmoniti, ad ascessi, a gangrene del lobo polmonare inferiore).

(1) Anche il CARDARELLI scrive: «Altre volte esiste essudato purulento e la voce si trasmette bene: ciò quando il polmone si trova addensato» (A. CARDARELLI, *Lezioni scelte di Clin. Medica*, vol. I, Napoli, 1921, Lezz. VIII-XII, Pleurite neoplastica e pleurite tubercolare, pag. 67). Ma poco più oltre (pag. 69) scrive invece: «Io ritengo che, quando si percepisce nettamente l'eco della risonanza laringo-tracheale attraverso l'essudato, specialmente in dietro, costantemente il liquido sia sieroso o sierofibrinoso, omogeneo: non si potrebbe immaginare una trasmissione così completa, così perfetta, della risonanza laringo-tracheale con un liquido inomogeneo. Allora il fenomeno del Baccelli è positivo ed ha un valore assoluto, così come l'ha la trasmissione del suono gutturale o glottico o bronchiale».

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. FRANCESCO DI MARRADI
diretto dal prof. dott. GUIDO BECCHERLE.

Su di un caso di tubercolosi pseudo-neoplastica del cieco

per il dott. FRANCESCO CAVINA-PRATESI, assistente volontario.

Quantunque i casi di tubercolosi pseudo-neoplastica dell'intestino cieco e del processo vermiforme sicuramente accertati non sieno infrequenti e sieno stati bene studiati specialmente in questi ultimi anni, ho creduto non sia del tutto inutile descrivere un caso caduto sotto la mia osservazione.

Espongo molto brevemente la storia clinica, facendola seguire da alcune osservazioni anatomo-cliniche e terapeutiche.

N. N., di anni 40, Suora nel Convento di Marradi. — Lamenta da tempo disturbi cronici di canalizzazione intestinale, e un senso di peso e talvolta dolore localizzato nella fossa iliaca destra.

Le condizioni generali sono buone.

Nessuna lesione esiste nei vari apparati all'infuori di un grosso tumore, localizzato nella fossa iliaca destra, fisso sul piano profondo, a superficie irregolare, di consistenza dura, elastica, indolente alla palpazione.

L'esame ginecologico fa escludere lesioni dell'utero e degli annessi.

La temperatura quasi afebbrile, con qualche rialzo fino a 37.5 alla sera. La cutireazione è positiva.

Nelle urine traccie d'indacano, del resto normali.

Si diagnostica un tumore del cieco riservandosi sulla natura, se neoplastica od infiammatoria, e si consiglia la cura chirurgica.

L'accentuarsi e il ripetersi con maggiore frequenza dei disturbi suaccennati, inducono la paziente a sottoporsi ad atto operativo, che viene eseguito l'8 agosto 1923.

Narcosi morfio-eterea, laparotomia pararettale; si conferma l'esistenza di un tumore che occupa il cieco e la porzione terminale del tenue, senza potere coll'esame macroscopico essere autorizzati ad una esatta diagnosi.

Leggere aderenze annessiali che si distaccano facilmente, lasciano constatare che l'apparato sessuale è normale.

Resezione del segmento ileo-cecale, anastomosi termino-terminale tra ileo e colon ascendente.

Decorso post-operatorio regolare. La paziente abbandona il letto dopo 15 giorni in ottime condizioni generali, completamente ristabilita.

Esame del pezzo anatomico. — Il tratto intestinale resecato misura circa 20 centimetri di lunghezza e comprende l'ileo terminale ed il cieco. Di forma cilindrica e inglobato in una massa che maschera in modo completo il processo vermiforme. Sulla superficie bozzoluta della massa appaiono delle granulazioni grigio-giallastre che hanno tutto l'aspetto di tubercoli. L'incisione del tumore offre re-

sistenza al taglio, che si rende più manifesta quando il tagliente si approfonda, poichè il tessuto si fa sempre più fibroso e duro. Al centro la canalizzazione è ridotta alla possibilità del passaggio appena di una sonda comune.

L'esame istologico ci fa osservare verso la periferia della tumefazione qualche tubercolo tipico, con cellule giganti e con zone epitelioidi e linfoidi.

Caratteristica si osserva la trasformazione fibrosa dei tubercoli.

Dalla periferia si avanzano in essi degli elementi cellulari affusati, veri fibroblasti che si sostituiscono agli elementi del tubercolo trasformandosi in tessuto connettivo adulto.

Altrove la trasformazione è già avvenuta in modo completo ed il tubercolo si è cambiato in nodulo fibroso. Le cellule d'infiltrazione infiammatoria non sono numerose. La sottomucosa è ridotta e non esiste traccia di muscolaris mucosae.

I vasi sanguigni sono scarsi e dilatati.

Dal sopra esposto emerge chiara la diagnosi di tubercolosi fibrosa-ipertrofica del segmento ileo-cecale.

La tubercolosi ileo-cieco-appendicolare può essere primitiva o secondaria. Mentre questa ultima, essendo un epifenomeno dell'infezione prodotta dal focolaio primitivo, raramente può essere suscettibile di cura chirurgica, invece la prima può dall'intervento operatorio ottenere la completa guarigione.

La grande frequenza con cui al processo tubercolare partecipano il cieco e l'appendice vermiforme nello stesso tempo, ha servito a far sorgere divergenze d'opinioni sulla sede iniziale della lesione.

Per alcuni la lesione primitiva si localizza nel cieco, per altri (Sonnenburg) il processo invade contemporaneamente cieco ed appendice, per altri (Durante, Roux, Palermo) la localizzazione è iniziale nel processo appendicolare.

Anatomo-patologicamente la tubercolosi intestinale si presenta con diverse manifestazioni ed offre polimorfe reazioni istologiche. Così si possono avere casi con carattere spiccatamente ulcerativo, altri come il nostro, a tipo fibroso iperplastico; talora si notano lesioni specifiche follicolari, tal'altra aspecifiche, afollicolari, fibrose, la cui interpretazione può riuscire incerta, se non si osservano associati tubercoli tipici, e se la prova biologica ed il reperto batterioscopico sono negativi.

Le classificazioni proposte variano: Bernay comprende due forme: le cicatriziali e fibrose d'emblée, e quelle ipertrofiche; Nannotti e Nikolisky invece distinsero tre tipi: cicatriziale, ipertrofico e fibroso.

D'Antona considera i tipi granulomatoso, ulceroso perforativo, e quello fibroso; Morone invece riconosce soltanto una forma ulcerosa ed una ipertrofica.

La varietà clinica fibrosa-ipertrofica che corrisponde al caso sopra descritto ha una sindrome ben definita e perciò facilmente riconoscibile. Il periodo iniziale è molto lungo specie se il tubercoloma non si fa rapidamente stenosante. I dolori non sono mai assenti: dapprima vaghi ed indefiniti, danno l'impressione di pesantezza, d'indolenzimento diffuso a tutto l'ambito addominale. In seguito assumono il carattere di trafitture, o vere e proprie coliche localizzandosi sulla fossa iliaca destra.

Tali crisi dolorose insorgono spontaneamente senza cause apprezzabili, e varia è l'intensità del dolore, che talvolta si diffonde all'epigastrio, all'ombelico, lungo tutto il decorso del colon.

L'ingestione degli alimenti influisce sull'insorgenza dei dolori solo in alcuni casi. La crisi dura qualche ora, e rimane poi un indolenzimento locale.

I disturbi gastrici dapprima appena avvertiti, in seguito si accentuano avvicinandosi nella loro comparsa tanto da farsi continui.

La costipazione è più frequente della diarrea: quando alle crisi dolorose subentra un periodo di calma si avverano delle scariche diarroiche. La diarrea è di corta durata e qualora persista per qualche giorno è indice di irritazione intestinale per stasi fecale. Le feci non mostrano nulla di speciale; possono contenere del muco e talora anche qualche emazia.

Il ventre è spesso meteorico specie durante le crisi dolorose, e la palpazione, dato lo stato di difesa dei muscoli retti, non ci offre dati precisi.

Lo stato generale, come nel nostro caso, si mantiene soddisfacente; talvolta si può avere perdita delle forze, sudori notturni e qualche elevazione termica serotina.

Nel periodo di stato i segni funzionali si accentuano. I dolori più vivi e più localizzati ed i disturbi gastrici più frequenti e più intensi accompagnati da senso di nausea e spesso vomito. Le feci si fanno sempre più liquide e spesso contengono sangue evidente all'osservazione macroscopica.

Il tumore facilmente fa risalto — specie in individui dimagrati — sulle pareti addominali; altrimenti sarà messo in evidenza con opportune manovre (manovra del Sigaud) ed allora apprezzeremo i caratteri della tumefazione e cioè la sede, la forma, il contorno, il volume, la superficie, la consistenza, il grado di mobilità e di dolorabilità provocata.

La percussione ci offre dati meno importanti della palpazione.

Se il tubercoloma è superficiale può aversi ottusità al centro, limitata da una zona periferica ipofonetica dapprima, eppoi sonora; altre volte completa sonorità.

Il decorso è eminentemente cronico, da parecchi mesi fino a 10-15 anni. La malattia può presentare dei periodi di sosta ed anche di miglioramento assai lunghi, pur conservando sempre il carattere progressivo.

Il decorso normale può infine essere interrotto dall'evoluzione di un focolaio secondario specifico, specie polmonare.

Non decorrendo questa affezione morbosa con una sintomatologia propria ben definita e caratteristica, la diagnosi riesce spesso difficile. Per la molteplicità e la varietà dei sintomi può confondersi non solo con altre lesioni dell'intestino, ma anche con manifestazioni morbose di visceri diversi.

Il chirurgo dovrà ricordarsi che se l'opera sua gioverà in modo persistente al malato in caso d'intervento precoce, si ridurrà ad essere palliativa o nulla nel decorso ulteriore.

La responsabilità che assume l'operatore è grave; si deve quindi essere indotti ad un esame clinico minuzioso e coscienzioso, espletare le opportune ricerche chimiche e batteriologiche, valersi dei moderni sussidi per la diagnosi di tubercolosi, valutare con senso critico i sintomi subiettivi e porre in giusta luce la anamnesi prossima, per trarne tutti quei dati necessari per una diagnosi precoce e relativamente sicura.

La scelta del metodo da seguirsi nell'atto operatorio dipenderà dal giudizio personale che l'operatore si è potuto formare del caso clinico mediante la esatta interpretazione e valutazione dei sintomi morbosi e delle indicazioni e controindicazioni operatorie.

Il chirurgo può disporre di metodi operatori radicali o palliativi.

I metodi radicali sono:

1) resezione totale ileo-cecale;
2) resezione parziale del cieco;
3) appendicectomia.

I palliativi sono:

1) entero-anastomosi;
2) esclusione intestinale;
3) laparotomia semplice.

Con i metodi radicali si asporta tutto il tratto intestinale interessato dal processo morboso: è l'intervento d'elezione; l'intervento ideale.

Con i metodi palliativi il focolaio morboso viene lasciato in sito, e soltanto si mira ad ovviare a quei disturbi ed a quelle sofferenze che costituiscono la principale indicazione operatoria.

Delle guarigioni si sono ottenute anche con i semplici metodi palliativi (esclusioni int.; laparotomia) ma il trattamento d'elezione rimane sempre la resezione.

Dalla terapia specifica (tubercolinica) non si può nella tubercolosi intestinale aspettare alcun risultato.

BIBLIOGRAFIA.

APERLO. Policlinico, Sez. Chirur., 1911.
BURCI. Accad. Med. Fisica Fiorentina, 1908.
BONOME. Il Morgagni, 1910.
CASALI. Policlinico, Sez. Prat., 1908.
CAPPELLI. Morgagni, 1901.
FIORAVANTI. Riforma medica, 1908.
FERRARINI. Clinica Chirurgica, 1910.
DURANTE. *Tubercolosi e cura iodica*. Roma, 1912.
D'ANTONA. VII Congresso contro la tubercolosi. Roma, 1912.
NANNOTTI. Clinica Moderna. Firenze, 1911.
ROSSI. Il Policlinico, Sez. Chirur., 1896.
SALOMONI. Riforma Medica, 1896.
TADDEI C. *La Tubercolosi del cieco*. Firenze, 1914.
URBINO. Rivista clinica di critica medica, 1910.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sifilide ereditaria o congenita?

Prof. D. BARDUZZI (Siena).

Da molto sostengo che non è esatta, nè razionale la denominazione di sifilide ereditaria, che si legge ogni momento per indicare la sifilide congenita.

Sebbene il concetto di ereditarietà nel fatto della trasmissione della lue dai genitori ai nuovi procreati abbia preso il predominio e non ostante è una vera improprietà scientifica, o meglio un errore patologico.

Basta riflettere che nessun processo morboso ereditario è un fatto contingente, transitorio, contagioso in generale, ma è invece l'effetto la conseguenza delle condizioni speciali organiche parentali, sia fisiologiche che diatesiche. morbose congenite, od anche acquisite che si ripercuotono in diverse guise ed in diversi modi più o meno di continuo chiaramente sulla prole.

L'infezione sifilitica, come è noto, è invece malattia accidentale contagiosa di una durata variabile che può essere trasmessa per l'atto della fecondazione o successivamente al futuro essere in funzione.

È quindi chiaro che a stretto rigore scientifico non si dovrebbe mai usare la nomenclatura di sifilide ereditaria di eredo-sifilide.

Non mi indugerò a ripetere le differenze sindromiche, le diversità dei fenomeni morbosi che corrono fra un processo ereditario morbo-

so, ed una infezione congenita perchè sono abbastanza note; amerei piuttosto che i medici si persuadessero che la denominazione di sifilide ereditaria è lungi dalle realtà patologiche.

La sifilide congenita, che non è sempre un fatto ineluttabile, e che presenta gravità assai diverse a seconda di varii fattori, dalla deficienza vitale alla manifesta azione tardiva nel procreato, deve essere nei singoli casi con diversi criteri giudicata anche rispetto alla prognosi.

Del resto che la sifilide congenita è un fatto transitorio e non ereditario lo provano non di rado gli esempi di genitori che procreano figli sanissimi fino a che o l'uno o ambedue invasi dall'infezione dànno vita ad altri esseri. Anzi poichè nelle gravidanze successive la infezione in essi si attenua, può anche scomparire del tutto nelle più lontane dalla infezione parentale celtica come si osserva di frequente.

Mi sono fermato su questo errore di nomenclatura, sebbene non creda che verrà corretto, per richiamare piuttosto l'attenzione dei medici sulla importanza che ha questa distinzione sia dal lato patologico che da quello clinico.

II.

Sifilide infantile acquisita o congenita.

Avviene talvolta di vedere giudicata come congenita nel 1° o nel 2° anno di vita una sifilide, che è invece *acquisita*, quando non venga anche disconosciuta.

Più volte in una lunga pratica ho dovuto constatare questo errore sebbene i caratteri differenziali fra le due forme siano in generale evidenti. Ma i medici non specialisti cadono non di rado in errore giudicando nel 1° od anche nel 2° anno di vita come congenita una sifilide acquisita.

Non debbo qui entrare a discutere della questione in ogni sua parte; voglio solamente rilevare, che una causa di errore è spesso la supposta mancanza del sifiloma iniziale, che può passare per gli inesperti, o una lesione comune *extragenitale*, oppure rimanere anche inosservata.

Non parlo nei casi dubbi della necessità delle reazioni specifiche, sebbene la maggioranza dei medici pratici non siano ancora troppo convinti, che esse non sono controindicate nei bambini ma utilissime.

III.

Sulla terapia antisifilitica infantile.

Oggi si studia molto dai pediatri, e si discute, sulla cura antisifilitica nei bambini; però nella pratica comune prevale ancora, purtroppo, il pregiudizio di doverla praticare soltanto blandemente, ed a preferenza con i iodici e con i mercuriali o per uso interno o per pozioni o bagni. Uno dei preparati più in uso per bocca è lo sciroppo del Gibert, che si dovrebbe, a mio avviso, più che consigliare, abbandonare per la insufficienza d'azione, ed anche per la poca tolleranza a dosi attive, e per la sua proporzione irrazionale di composizione.

La cura mercuriale nei bambini, oltrechè per bocca, si deve praticare anche per iniezioni ipodermiche con le dovute cautele se vuolsi fare una cura attiva, come io ho potuto più volte verificare e come praticano molti pediatri.

È però quanto mai necessario per evitare tristi conseguenze di ottenere con sollecitudine per quanto sia possibile nel bambino la sterilizzazione dell'organismo con una cura razionale attiva.

Devesi quindi ricorrere anche agli arsenobenzoli ed in particolare al neo-salvarsan anche per la via endovenosa dalla dose di 2 a 5 centigrammi.

Nei lattanti è da preferirsi la via rettale da 10 a 15 centigrammi a dosi crescenti anche fino a 30 centigrammi sempre in proporzione del peso.

A taluni sembra preferibile il bismuto colloidale, ma per ora l'esperienza dimostrerebbe che la terapia infantile antisifilitica dei primi anni di vita si deve basare sopratutto sui mercuriali e sugli arseno-benzoli, e che deve essere eseguita attivamente con tutte le più minute cautele, ed altresì con sollecitudine *cito, tute*, come ho già detto.

Il prof. Muggia fra altri oggi preferisce le iniezioni ipodermiche di sulfursenol alternate con le pozioni mercuriali o con piccole dosi per bocca di calomelano. È un metodo questo che potrà essere maggiormente diffuso quando sia dimostrato che la costituzione chimica del sulfursenol non si distacca troppo dal neoarseno-benzolo. Per ora non potrei consigliarlo.

Lungi dall'entrare in particolari sull'argomento importante, mi sia però permesso di affermare, per intima convinzione, che ritengo una delle cause precipue della gravità frequente, e della mortalità nella sifilide infantile nei primi due anni di vita (in cui sono più frequenti e gravi le manifestazioni), tanto *congenita che acquisita*, dipenda sopratutto da mancanza o da insufficienza di cura.

Principiis obsta.

CONFERENZE.

Lo stato attuale della diagnostica e della terapia delle malattie gastro-intestinali

per il prof. PAOLO ALESSANDRINI.

(Continuazione e fine; vedi fasc. 10).

Lo squilibrio endocrino simpatico può essere determinato da fattori svariati; anzitutto la *base emotiva* di numerose forme dell'uno o dell'altro tipo clinico è stata dimostrata da tutte le ricerche più recenti di psicofisiologia sperimentale. Però anche indipendentemente dalla produzione di uno squilibrio endocrino simpatico disturbi subiettivi gastrici possono determinarsi per puro processo mentale come si verifica in molte forme di ciclotimia; e allora gli stimoli fisiologici della digestione vengono percepiti come fenomeni dolorosi. Gli studi radiologici più recenti hanno dimostrato inoltre che per causa mentale si possono avere alterazioni notevoli del tono e della peristalsi. Anche *lesioni organiche del sistema nervoso* sono causa di disturbi dispeptici.

Una tabe dorsale, una lesione bulbare, una paralisi progressiva possono presentarsi con una sintomatologia gastrica che può rientrare nell'uno o nell'altro tipo fondamentale.

I *fattori riflessi* hanno una parte notevolissima nel determinismo di uno squilibrio, basta pensare le dispepsie che possono essere determinate da una colecistite, una pancreatite cronica, di un'appendicite di un'affezione genitale per convincersene.

Sull'influenza dei vizi mitralici come causa di dispepsia aveva richiamato l'attenzione anche il Sée, quando diceva: l'ammalato entra nel gabinetto del medico come un gastrico e ne esce come un cardiaco.

La *tubercolosi* e la *lues* hanno una grande parte nel determinare disturbi gastrici sine materia; e collo stesso meccanismo i processi infettivi più svariati.

Ma per lo più *fattori autotossici* (uremia, cachessia, anemia) o *eterotossici* (tabacco, alcool, piombo) sono i fattori fondamentali del turbamento funzionale del sistema d'innervazione gastrica.

Il problema *della ptosi* e dei suoi rapporti colle alterazioni endocrine è un capitolo importantissimo di patologia gastro-intestinale: esso si può considerare un capitolo di confine tra le organopatie e le forme funzionali.

In molti casi la causa del disturbo dispeptico sfugge: probabilmente si tratta di fattori multipli. Accenno solo alle *dispepsie di guerra*, dove accanto ad una cattiva igiene alimentare entrava una tachifagia, uno stato di preoccupazione latente o fattori di altra natura.

Per quanto anche nelle dispepsie funzionali il criterio etiologico dovrebbe essere l'aspirazione ultima del nostro spirito perchè è la base fondamentale di una terapia razionale, dobbiamo guardarci di attenerci rigidamente ai criteri esposti come base di una classificazione. Essi possono avere un valore didattico; non rappresentano certamente criteri assoluti per una classificazione.

Accenno per esempio agli stati dispeptici che si presentano così frequentemente nei tubercolosi, specialmente al primo stadio. Si tratta di forme per lo più a tipo astenico, spesso però a carattere variabile. In uno schematismo rigido potrebbero rientrare nelle dispepsie infettive; invece dal punto di vista etiopatogenetico possono essere determinate con vario meccanismo e diversa esserne la prognosi e la cura. Prescindo naturalmente dai casi di localizzazione gastrica del processo tubercolare e dalla presenza di un'ulcera semplice o di un epitelioma concomitante. Molte volte la dispepsia che si presenta nei tubercolosi dipende dalla stessa costituzione morfologica, che è l'appannaggio di molte forme di tubercolosi polmonare: l'abito astenico colla ptosi gastrica associata. In questo caso l'analisi dei disturbi gastrici, che rimontano all'epoca della pubertà, quando il processo tubercolare non è ancora iniziato ci farà propendere per la forma sud detta. Altre volte la dispepsia dei tubercolosi è provocata dallo stato emotivo dipendente dalla preoccupazione della malattia, altre volte è dovuta ad un fattore riflesso per localizzazione del processo tubercolare nell'intestino o nel peritoneo, altre volte infine può dipendere dall'iperalimentazione e dai medicamenti ed è forse mantenuta da una gastrite cronica.

Qui cade a proposito accennare alla vexata quaestio della *gastrite cronica*, forma morbosa che ha avuto varia fortuna nella storia della medicina; ora ammessa come base di tutti i processi gastrici che non rientrano nell'ulcera e nell'epitelioma gastrico, ora completamente misconosciuta e rifiutata come forma morbosa a sè. E' un fatto accertato che molte volte nelle dispepsie riflesse tossiche o primitive esiste come base anatomica una gastrite cronica, però anche senza una base anatomica le stesse cause possono produrre disturbi gastrici e l'evoluzione stessa del processo morboso dimostra che non poteva trattarsi di un processo di gastrite cronica. Inoltre bisogna tener presente che molti processi di gastrite cronica riscontrati all'autopsia possono essere dovuti a fenomeni postmortali, e che i criteri diagnostici per af-

fermarla in vitam sono tutt'altro che sicuri. Siccome d'altra parte esistono lesioni croniche infiammatorie dello stomaco, per esempio in alcoolisti, senza che in vita vi sia stato il minimo disturbo dispeptico, è opportuno per il momento lasciare il problema insoluto e considerare le forme morbose in base al criterio etiologico, tenendo però in dovuto conto i reperti dei singoli casi clinici per ammettere o non una base anatomica. La gastrite acuta, specialmente la forma flemmonosa, è un tipo clinico ed anatomico ben individualizzato.

Dalle considerazioni suesposte risulta che davanti al gastropaziente il clinico deve anzitutto porsi il problema se si tratta di una forma organica dello stomaco, e per la risoluzione di questo problema deve utilizzare tutti i mezzi che la scienza moderna ha messo a sua disposizione, quando i caratteri stessi del disturbo e i dati risultanti dall'esame obbiettivo lascino in dubbio; escluso un processo organico a carico dello stomaco senza preoccuparci eccessivamente del tipo del disturbo secretorio rilevato coll'esame del succo gastrico, del tono o della motilità rilevabili all'esame radiologico, e sufficienti che approssimativamente si renda conto anche in base ai dati del disturbo subiettivo del tipo endocrino-simpatico prevalente perchè questo è spesso sufficiente per orientarci verso il gruppo di fattori etiopatogenetici che eventualmente possono determinare un tale squilibrio. Quando mancheranno tutti i dati bisogna limitarsi ad una diagnosi di attesa e ad una cura sintomatica alcalina od acida a seconda della forma clinica, l'esame accurato del paziente, il seguirlo spesso per un periodo di mesi o di anni ci potrà permettere una cura causale. Accenno per esempio alla dispepsia così frequente nella colecistite cronica latente. Essa è del tipo iperstenico: se il paziente capita al medico sostenitore convinto dell'importanza dell'analisi chimica del succo gastrico, dopo una serie di esami anche se all'infuori di qualunque causa di errore riesce a mettere in rilievo una ipercloridria parlerà di una ipercloridria nervosa; il radiologo farà diagnosi d'iperstenia gastrica e se ha cultura endocrinologica parlerà di vagotonia gastrica; quante volte in questi casi invece un attacco di colica epatica fa crollare tutti gli edifici teorici e dottrinali che sul paziente si erano creati!

A me piace qui ricordare il caso di una paziente che presentava periodicamente crisi dolorose accompagnate da vomito iperacido; l'esame del sistema nervoso faceva escludere una tabe; uno specialista di malattie di stomaco pensò alla gastroxinsi e la saturò di belladonna e di alcalini; un radiologo, in base a una presunta livellazione pilorica diagnosticò un'ulcera del piloro e le propose un atto operativo, solo un'esame periodico dei vari organi e sistemi mise in rilievo una nefrite parcellare a focolaio, in cui scarse emazie e una transitoria albuminuria dettero la chiave del disturbo. Ho citato questo caso anche per dimostrare che alcune manifestazioni gastriche motorie o secretorie hanno valore di un processo di difesa come il vomito ipercloridrico in casi del genere è un fattore benefico che serve all'organismo per difendersi dalla ritenzione clorurata.

Quante volte un ritardo del vuotamento gastrico non rappresenta un processo di difesa di un'affezione appendicolare o intestinale latente!

Non mi dilungo sugli esempi; il clinico così deve vedere spesso nel disturbo dispeptico niente altro che il segnale che uno dei tanti organi il cui equilibrio funzionale costituisce la cenestesi è alterato nel suo funzionamento.

***

Per quel che si riferisce all'intestino i progressi diagnostici, sebbene notevolissimi sono ancora in via di evoluzione. Come la gastrite cronica ha ceduto il campo a forme cliniche ben definite, così oggi si accentua un giusto movimento di reazione contro l'esagerazione della scuola francese, che raggruppa quasi tutta la patologia intestinale nel quadro della colite.

Dal punto di vista medico: 1) la sindrome dolorosa appendicolare e pseudoappendicolare acuta e cronica; 2) la diarrea; 3) la stitichezza.

Anche queste sindromi come le gastriche possono essere espressione di un processo organico e possono rappresentare una ripercussione morbosa di un processo che ha origine nei più svariati organi e sistemi.

L'indagine moderna ha molto contribuito a meglio definire tali sindromi intestinali; si sono individualizzati una serie di stati morbosi che simulano una appendicite sopratutto cronica e sono sorte nuove forme cliniche a contorni ben definiti; a questo molto ha contribuito l'indagine radiologica e il controllo operatorio. Nel campo delle diarree croniche il metodo di esame funzionale dell'intestino col pasto di Schmidt ha gettato le basi di una classificazione che la critica più recente già sta scuotendo. Le ricerche coprologiche, la costatazione della frequenza dell'amebiasi intestinale hanno contribuito a dare veste scientifica a molte forme morbose indeterminate. Nel problema della stitichezza la radiologia ha gettato una luce nuova insperata; se ne è po-

tuto studiare il meccanismo, e si è potuto sottoporre ad una critica serena il problema dell'intossicazione intestinale, che fino a poco tempo fa aveva dato adito alle più strane fantasie.

* * *

Dalla rapida enumerazione dei nuovi metodi di esame e della trasformazione che hanno subito i quadri clinici delle malattie gastro-intestinali in questi ultimi anni vi renderete conto dei progressi enormi che sono stati compiuti in questa branca così importante della patologia. Anche la terapia (parallelamente ai grandi progressi diagnostici) ha fatto, si può dire, passi da gigante; ai progressi della dietetica che uscita dall'empirismo è divenuta una disciplina scientifica si sono aggiunti i vantaggi di una terapia causale, dopo che nel campo delle dispepsie si è cercato di stabilirne il dato etiologico.

La psicoterapia è entrata con veste scientifica nella cura delle dispepsie e la chirurgia ha dominato sovrana il problema dell'ulcera e dell'epitelioma gastrico, della stenosi pilorica e di molte affezioni intestinali.

La terapia delle affezioni gastro-intestinali ha fatto in questi ultimi tempi importantissimi progressi sia nel campo della dietetica, che nella terapia medicamentosa e chirurgica.

Le prescrizioni dietetiche, varieranno a seconda della forma morbosa e dell'inidividualità del caso clinico. Esistono però dei principi generali che valgono per ogni caso e che è tanto più necessario conoscere inquantochè numerosi pregiudizi diffusi non solo dai profani ma anche dai medici esistono in questo campo della terapia.

Ogni dispeptico sia esso affetto da ulcera o da epitelioma o da una forma funzionale deve sottostare a principi generali di terapia dietetica che si possono riassumere nelle seguenti proposizioni:

1) Nutrizione sufficiente;

2) Cibi non irritanti nè fisicamente nè chimicamente; in modo da richiedere all'apparecchio digerente il minor lavoro possibile;

3) Dieta non eccessivamente uniforme.

Per quel che si riferisce alla quantità degli alimenti il malato di stomaco deve introdurre un numero di calorie non inferiore a quello di un individuo sano. Fanno eccezione naturalmente i casi di ulcera gastrica che solo transitoriamente possono essere alimentati con un regime povero in calorie.

Questo concetto generale ha importanza sopratutto nelle forme funzionali, in cui i malati tendono a limitare l'alimentazione; questo stato di ipoalimentazione aumenta la loro sensibilità e quindi mantiene il disturbo gastrico. Oggi fortunatamente la quantità dell'alimento è regolata abbastanza semplicemente in base al numero delle calorie e perciò non è basata su dati empirici.

Naturalmente i dati della chimica fisiologica non vanno presi con esattezza assoluta giacchè una equazione vera in laboratorio può essere falsa in clinica.

Per lo più però l'uomo abbonda nel numero delle calorie che introduce giornalmente e molte delle dispepsie dipendono dall'iperalimentazione, specialmente quando a questa si unisce una cattiva masticazione.

La dieta non deve essere inoltre irritante fisicamente; quindi gli alimenti debbono essere bene cotti e bene masticati; i pasti non debbono essere abbondanti e debbono essere regolari. L'introduzione dei liquidi durante il pasto deve essere limitata. La scelta degli alimenti è oggi anche divenuta razionale giacchè le ricerche coprologiche recenti stabiliscono le elettività ed idiosincrasie digestive.

Bisogna inoltre porre attenzione che la dieta non sia eccessivamente uniforme. Con essa vengono a stabilirsi deficienze qualitative alimentari, la cui importanza in patologia è stata messa bene in luce in questi ultimi anni a proposito dello scorbuto, del beriberi e di altre affezioni. È un fatto capitato molte volte alla mia osservazione che un disturbo dispeptico era mantenuto da una dieta lattea troppo prolungata, e fatta per un'ulcera gastrica.

La dieta deve essere quindi per quanto è possibile mista e i regimi ristretti e monotoni non debbono essere mai protratti a lungo.

Un cambiamento di clima e di abitudini viene oggi predicato da molte parti e da alcuni si consiglia anche l'internamento in una casa di cura, dove si pratichi l'isolamento; e ciò specialmente nei dispeptici sine materia. In tal modo si ha il vantaggio che molti stati morbosi latenti che stanno a base del disturbo dispeptico sfuggono più difficilmente all'osservazione del medico; e ad ogni modo il cambiamento di ambiente è sempre consigliabile perchè la vita giornaliera non è costituita che dal ripetersi metodico degli stessi atti; il dolore e i disturbi subiettivi prendono così il loro posto in questo orario in una sistematizzazione determinata dalle condizioni della vita quotidiana. Un'attività fisica moderata e regolata a seconda delle condizioni individuali per la sua azione benefica sul sistema nervoso e sulla digestione porterà in molti casi vantaggio. I progressi compiuti in questo campo concernono in buona parte la regolarizzazione de-

gli esercizi adattati alle singole malattie e ai singoli individui. Esistono però condizioni morbose in cui è indicato il riposo fisico, specie dopo i pasti.

La terapia fisica va perdendo d'importanza. Essa è stata invece molto in onore fino a questi ultimi tempi e nel Medio Evo ha trovato cultori fanatici.

Ricordo che nel cinquecento aveva preso gran voga l'uso di farsi nettare lo stomaco con una specie di spazzolino fissato a un pezzo di fil di ferro sul tipo di quello di cui ci serviamo per pulire i tubi e le bottiglie; certi frati erano privilegiati possessori di questo «organum salutis» che applicavano con gran mistero e grande segretezza in tutte le malattie. Ricordo il lavaggio gastrico che era la panacea per tutte le affezioni gastriche o di altra natura e che ora è stato quasi del tutto abbandonato.

La diatermia ha sostituito in gran parte le altre forme di elettroterapia e la radioterapia e radiumterapia è stata tentata in qualche caso di affezione esofagea o dei vari visceri addominali.

Le basi della terapia medicamentosa debbono anche oggi venir regolate secondo i due tipi fondamentali del disturbo dispeptico; nel tipo astenico oltre ai comuni rimedi sintomatici è stata tentata la pilocarpina in base appunto al meccanismo simpaticotonico della produzione dei disturbi; nella forma iperstenica la papaverina pare abbia un'azione elettiva; anche l'atropina specialmente somministrata con criteri speciali e associata all'adrenalina comincia ad essere introdotta nella terapia.

Anche l'opoterapia comincia oggi ad entrare nella terapia delle affezioni organiche e funzionali dell'apparecchio digerente. La tiroidina è stata tentata in molte forme di atonia gastrica e intestinale basandosi sul torpore dei movimenti dello stomaco e dell'intestino degli animali stiroidati, sulla loro scarsa reattività alla pilocarpina e sulla presenza di diarrea e ipercloridria degli animali stiroidati. L'ipofisina pare che stimoli la motilità dell'ultimo tratto dell'intestino ed è stata tentata in molte forme di stitichezza. Molti altri prodotti opoterapici sono stati proposti, su cui la clinica deve ancora dare il suo giudizio definitivo.

Conosciuta la causa del disturbo dispeptico si deve sempre tentare la terapia causale.

Parlare delle indicazioni operatorie per le forme organiche gastriche o intestinali mi porterebbe troppo lontano, tanto più che per alcune forme morbose ancora i pareri sono discordi. A me basta qui accennare che anche colla cura medica si ottengono nell'ulcera gastrica guarigioni definitive; domina ancora questo campo la cura di Lëube, ma recentemente è stata proposta la cura dell'iperalcalinizzazione o cura del Sippy che ha incontrato il favore di molti chirurghi.

A me qui piace infine mettere bene in evidenza l'importanza che ha assunto la psicoterapia in alcune manifestazioni gastriche che si presentano nelle affezioni funzionali. Accanto a tutti i procedimenti della suggestione e della persuasione, su cui sono basati tanti successi in casi di gastropatie od enteropatie funzionali, ha destato vivo interesse in questi ultimi anni la «psicoanalisi» di Freud, metodo terapeutico elaborato, su cui è stata edificata tutta una costruzione dottrinaria che pecca però certamente di esagerazione.

La psicoterapia ha una importanza enorme in un certo gruppo di neurosi gastro-intestinali ed è strano come essa venga adoperata dai medici più in senso sfavorevole che in senso utile all'ammalato. Esagerando l'importanza di alcuni disturbi gastrici o intestinali, per esempio di stitichezza, praticando esami inopportuni che richiamano l'attenzione su qualche organo, prescrivendo regimi severi e cure definite, essi operano suggestioni morbigene, che sostengono, aggravano o creano false rappresentazioni mentali. Uno dei meriti principali della scienza contemporanea è quello non solo di avere analizzato l'essenza delle nevrosi gastriche e intestinali, di averne dettato le leggi terapeutiche ma di avere scoperto che molte manifestazioni morbose sono coltivate inconsapevolmente dai medici, i quali si servono a questo scopo paradossale di tutte le nuove risorse diagnostiche.

***

Riassumendo noi abbiamo assistito in breve volgere di anni a tali successive trasformazioni dei concetti dottrinali, diagnostici e terapeutici in questo campo così importante della patologia umana che saremmo autorizzati a dubitare della stabilità anche del nuovo indirizzo.

In questo rapido riassunto dello stato attuale della questione vi sarete certamente fatta la convinzione che i moderni criteri semeiologici per lo studio delle affezioni organiche stanno molto più al riparo della critica che non gli antichi; per la massima parte essi costituiscono metodi scientificamente esatti. I risultati diagnostici che ogni giorno si possono controllare al tavolo operatorio e all'autopsia lo dimostrano chiaramente e lasciano sperare sempre nuovi contributi alla patologia e alla clinica delle organopatie digestive. Nel campo delle nevrosi anche se la concezione odierna

avesse un valore temporaneo, fosse come una tappa nel progresso scientifico, l'essersi emancipati dal fardello degli esami chimichi rappresenta già un vantaggio.

Per opera degli studi farmacodinamici ed endocrinologici il velo che copriva le forme funzionali dell'apparecchio digerente si comincia a squarciare; e molto lavoro è ancora da fare; lo studio delle nevrosi gastro-intestinali rappresenterà una palestra di elevata sintesi clinica. L'aspirazione nostra in questo campo deve essere la ricerca metodica di tutti gli elementi che permettono una identificazione etiologica delle dispepsie: solo così si potranno dettare le leggi di una razionale terapia.

DISCUSSIONI E POLEMICHE.

A proposito dell'influenza del calcio nel processo di fissazione del complemento.

(Risposta al prof. Pietravalle).

Ritornato a Roma vengo a conoscenza della replica del prof. Pietravalle alla mia nota sull'influenza del calcio nel processo di fissazione del complemento.

Riserbandomi di approfondire con ulteriori ricerche l'argomento, mi affretto intanto a ribattere le obbiezioni opposte alle mie esperienze.

1) Per l'esecuzione delle mie ricerche ho adoperato soluzioni titolate di cloruro di calcio: non capisco perchè ed in base a quali dati il prof. Pietravalle voglia asserire il contrario.

2) Per le soluzioni del sale calcico ho ricorso all'acqua distillata anzichè alla soluzione fisiologica, giacchè è cosa a tutti nota che l'ipertonia delle soluzioni per se stessa inibisce l'emolisi.

3) Quando affermo che il cloruro di calcio è elettroliticamente attivo mi riferisco ad una nozione di chimica fisica sulla dissociabilità dei diversi sali: gli acidi e le basi infatti sono forti o deboli a seconda della maggiore o minore dissociabilità in ioni delle loro molecole. È fatto fondamentale della teoria della disinfezione che i diversi sali di uno stesso metallo sono tanto più energici disinfettanti quanto maggiore è la loro dissociabilità idrolitica, ed è noto che i cloruri sono i sali più dissociabili.

4) Il prof. Pietravalle parla di *diverse reazioni di acqua più o meno distillata*: per tutte le mie ricerche ho sempre adoperato acqua bidistillata purissima.

5) Quanto alla decalcificazione del siero con l'ossalato di ammonio, come si può rilevare dalle mie due note (1), io non ho inteso precipitare totalmente il calcio ma allontanarne la maggior parte mediante la precipitazione con ossalato d'ammonio. Se infatti un sangue luetico con R. W. positiva trattato con ossalato d'ammonio perde completamente il potere coagulante significa che dopo il trattamento con ossalato d'ammonio vi è nel sangue una quantità di calcio molto inferiore a quella contenuta in un sangue normale a R. W. negativa. Se malgrado ciò la reazione di Wassermann permane positiva ciò non può essere più addebbitato ad un aumento del calcio.

Riguardo al fatto poi che l'ossalato di ammonio inibisce di per sè solo l'emolisi, *posso asserire nella maniera più recisa e categorica, come del resto si può rilevare dalle mie due note, che nè nei sieri negativi, a cui era aggiunto l'ossalato d'ammonio nelle stesse proporzioni dei sieri a R. W. positiva, nè nei controlli, si è mai potuto osservare la benchè minima inibizione di emolisi (!).*

6) Per il dosaggio del calcio ho adottato il micrometodo di Bang. Anche questo metodo è basato sulla calcinazione, e che soltanto in ultimo invece della pesata, che potrebbe essere fonte di gravi errori data l'esiguità del materiale, si esegue la titolazione con soluzione di oleato sodico 100/N. A questo si aggiunga che noi anzichè lavorare su 100 mgr. di sangue abbiamo preferito, per diminuire le cause di errore, fare le nostre analisi su 1 cm^3. di sangue.

7) Quando poi affermo, sulla base delle mie esperienze, che perchè la deviazione del complemento nella sifilide fosse dovuta allo aumento del calcio nel sangue, si dovrebbe ammettere un aumento del calcio di circa 500 volte il normale, ho tenuto perfettamente presente la differenza tra peso molecolare del $CaCl_2$ e del CaO.

Per chiarezza faccio il calcolo per esteso.

Io ho trovato inibizione solo dopo aggiunta al gruppo emolitico di 0.5 cm^3. di soluzione al 3 % di $CaCl_2$, il che in cifra assoluta corrisponde a gr. 0.015. Ora perchè un decimo di cm^3. di sangue (quanto se ne adopera per la prova di fissazione del complemento) contenga una tale quantità di cloruro di calcio, si dovrebbe ammettere una quantità di gr. 150 per mille di sangue in $CaCl_2$, corrispondente a circa gr. 75.6 di CaO, e siccome il sangue normalmente non contiene più di gr. 0.15 ‰

(1) RAPISARDI S. — *Sul meccanismo della R. W.* - Bioch. e Ter. Sper., N. 6, 1923.
ID. - *A proposito dell'influenza del calcio, ecc.* - « Policlinico » Sez. Prat., N. 29, 1923.

di Ca O, così è chiaro che si dovrebbe avere un aumento di 500 volte circa il contenuto normale.

Con questa mia risposta credo di aver controbattuto, con considerazioni basate su dati di fatto, punto per punto le osservazioni del prof. Pietravalle e non ritengo aggiungere altro perchè non vorrei che la polemica dovesse degenerare in una vana logomachia.

Credo sia bene rimettere la questione al giudizio del coscenzioso ed attento lettore ed al controllo di altri sperimentatori.

Roma, novembre 1923.

Dott. Salvatore Rapisardi.

Nota. — Solo dopo la consegna della nota in Redazione vengo a conoscenza di due nuovi lavori sull'argomento, che stimo opportuno qui citare.

Santangelo e Pisani (*Note e Riviste di Psichiatria*, N. 1, 1924) studiando le reazioni colloidali nei liquores, hanno potuto osservare che togliendo il più che sia possibile il calcio dal liquor, col metodo da me usato della precipitazione con ossalato d'ammonio, il decorso e l'intensità della flocculazione restano immutati; che le ceneri provenienti dalla calcinazione dei liquores a reazione colloidale positiva disciolte in un mestruo a reazione identica a quella posseduta primitivamente da questi liquores, sono sfornite di potere flocculante sulle sospensioni colloidali; che solo nei liquores dei paralitici si ha un lieve aumento del calcio che non raggiunge però neanche il doppio della cifra, normale e che la concentrazione di calcio che deve essere contenuta in 1 cmc. di liquor per produrre la flocculazione di una sospensione colloidale di mastice è compresa tra 10 e 15 mmgr. di ossido di calcio.

Gli AA. infine hanno tentato il dosaggio del calcio su una miscela di 100 cm^3. di liquor in precedenza decalcificata, dosaggio però che non è stato possibile eseguire, il che induce gli AA. a ritenere che col metodo della precipitazione con ossalato d'ammonio si ottiene una decalcificazione quasi completa.

Al recente Congresso di Neurologia tenutosi in Danzica nel settembre 1923, dove il Santangelo comunicava la prima parte delle suesposte esperienze, Kastan (*Zantr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, Ref., 1 ott., 1923) riferiva di non esser mai riuscito, con l'aggiunta al liquor di una quantità di fosfato di calcio pari a 20 grammi ‰, a trasformare in positiva una R. W. in precedenza negativa; e che nei riguardi delle reazioni colloidali l'aggiunta di calcio al liquor non è in grado di dare la curva luetica caratteristica.

Replica al dott. Rapisardi.

Prendiamo atto della dichiarazione del dottor Rapisardi, il quale premette di dovere approfondire l'argomento con ulteriori ricerche.

Aggiungiamo le seguenti considerazioni:

1. Se il dott. Rapisardi ha adoperate soluzioni titolate di sale calcico, bisogna ritenere, ove tutto sia proceduto con rigore di tecnica, che esistono due varietà di cloruro di calcio: una che inibisce fortemente l'emolisi e l'altra che l'ostacola appena. Siccome la prima varietà è stata fornita a questo laboratorio da Merk nel periodo prebellico ed è stata cimentata in centinaia di esperienze, mi consentirà l'egregio collega, che io abbia maggior fiducia nei miei risultati data anche l'autorevole conferma di ben noti sperimentatori.

2. Non vedo la ragione per cui l'inibizione dell'emolisi prodotta dalle soluzioni ipertoniche si debba invocare nel nostro caso. Il calcio si trova già aumentato nel siero positivo e se noi volessimo riprodurre il più esattamente possibile due condizioni, dovremmo aggiungere il $Ca\,Cl_2$ in sostanza al siero negativo e quel volume di soluzione calcica sostituirlo con la consueta soluzione fisiologica. Ecco perchè è corretto fare la soluzione del sale calcico in acqua fisiologica. Ad ogni modo date le piccole quantità da me adoperate, non è davvero il caso di parlare d'ipertonia. D'altra parte io ho accennato a questo argomento solo perchè non bisogna trascurare nelle esperienze nessun particolare di tecnica, ma non può ricercarsi nell'uso dell'acqua distillata la ragione sostanziale della differenza dei risultati.

3. Appunto perchè l'attività di un elettrolito è in rapporto con la concentrazione degli ioni presenti nella soluzione, noi, volendo saggiare la proprietà di un catione, dobbiamo scegliere quel sale ch'è più facilmente dissociabile in modo che il metallo passi realmente allo stato di ione. Una volta ionizzato, il metallo esplica la sua attività *indipendentemente* dall'anione come stabilisce la nota legge di Kohlrausch. Nel nostro caso è in questione esclusivamente il calcio ione e perciò non dobbiamo prendere in considerazione quello legato alla molecola indissociata. Se questo facessimo, sarebbe lo stesso che paragonare gli effetti di una corrente elettrica lanciata in due differenti circuiti in uno dei quali sia stata inserita una resistenza!

4. La reazione di cui bisogna tener conto è quella del siero a cui si aggiunge il sale calcico perchè in mezzo sia pure lievemente alcalino e in presenza di fosfati, è inutile che mi ripeta, il calcio non può passare allo stato di ione.

5. Rispondendo alla nota precedente, non riuscì di procurarmi, perchè lontano da Roma, il numero di *Bioch. e Terap. sperim.* in cui erano riportate le prime esperienze del Rapisardi.

Ho potuto leggere poi ch'egli ha adoperato, per decalcificare il siero, la soluzione di ossalato d'ammonio al 3 ‰ e alla temperatura di 56° in mezzo neutro. In ogni libro di chimica analitica si trova una critica adeguata, senza contare che qui si tratta della precipitazione in mezzo complesso in presenza di fosfati e di altri cationi polivalenti (Hirth e Klotz hanno notato che l'ossalato d'ammonio trascina anche parte della sostanza organica).

Esegua però le esperienze, con dosi crescenti di ossalato d'ammonio e vedrà che questo sale ostacola nettamente l'emolisi, specialmente in presenza di antigene; anche con le dosi da lui adoperate però l'emolisi avviene molto prima nella provetta di controllo contenente il siero semplice e l'antigene. Anche qui del resto ha importanza la condizione dei sieri. Non è lecito invocare, a sostegno della decalcificazione, un fenomeno così complesso ed oscuro come quello della coagulazione del sangue, che può essere ritardata anche per aggiunta di piccole quantità di cloruro di calcio o inibita da quantità più forti! faccio semplicemente osservare *che una soluzione di ossalato d'ammonio al 3 ‰ aggiunta, come indica il Rapisardi, a parti uguali al sangue appena estratto, ne provoca l'emolisi per ipotonia!*

6. Con tutto il rispetto per Bang, il suo micrometodo potrebbe intitolarsi: «divagazioni poetiche sulla determinazione del Ca». Conosco per esperienza personale la serie di Pregl e sono entusiasta della microanalisi, ma al di là di certi limiti si entra nel fantastico e nell'assurdo. Comprendo che in tal modo si possa avere un'idea approssimativa della durezza di un'acqua, operando su grandi quantità, ma non posso assolutamente convincermi come un tal metodo possa essere applicato alla titolazione di alcuni centesimi di milligrammo di calcio, quando si pensi che, anche prescindendo dalla presenza di altri metalli che possono disturbare l'andamento della reazione, si moltiplicano nel calcolo finale, in modo da falsare completamente i risultati, inevitabili errori volumetrici dovuti alla grande difficoltà di giudicare con precisione del numero delle gocce di oleato necessarie per produrre una spuma permanente. E non dimentichiamo poi che questo processo per la titolazione del calcio rientra nella categoria delle reazioni colloidali per cui, come si sa, non vi è rapporto quantitativo tra reagenti e reazione e possono aversi i medesimi risultati con quantità disparate dello stesso elettrolita.

Ecco perchè nella determinazione della durezza dell'acqua, dopo le prove preliminari, si consiglia di diluire questa in modo che il tenore in calcio sia all'incirca uguale a quello del liquido campione ch'è servito a titolare la soluzione saponosa.

7. Il dott. Rapisardi dimentica quanto aveva scritto nella sua precedente nota e vuol dimostrare ch'egli non ha confuso il contenuto in calcio dell'ossido con quello del cloruro. In questo periodico egli scriveva testualmente: «risulta dalle nostre esperienze che non una cifra di gr. 2,6 ‰ di CaO — riscontrata dal Pietravalle nei sieri luetici — sarebbe sufficiente per dare inibizione ma una quantità più di 50 volte maggiore, giacchè come abbiamo più sopra ricordato sono per ciò necessari 0,50 cmc. di una soluzione al 3 % di $CaCl_2$». Ciò prova ad esuberanza, che il Rapisardi faceva confusione tra ossido e cloruro di calcio essendo la cifra 150 precisamente più di 50 volte superiore a 2,6.

In quanto alle osservazioni di Pisani e Santangelo e di Kastan, che il Rapisardi invoca a sostegno delle sue ricerche, dobbiamo qui limitarci ad alcuni rilievi, non essendo questa la sede opportuna per trattare con ampiezza delle reazioni colloidali del liquido cerebro spinale. Sono lieto che i colleghi Pisani e Santangelo abbiano trovato aumento costante del calcio nel liquor di paralitici. Tale aumento esiste in tutti i liquores di soggetti luetici che danno reazioni colloidali positive. Intanto possiamo affermare, con quella sicurezza che ci viene da un numero stragrande di ricerche, che il *calcio ione*, in un mezzo salino come quello che si usa per la reazione di Lange, esplica un'azione mille volte più attiva di quella indicata dai suddetti autori in modo che basterebbe il calcio presente nel liquor normale per produrre la flocculazione dell'oro colloidale, se non vi fosse l'azione protettiva delle albumine e dell'alcalinità del mezzo.

Che cosa significhi poi ridisciogliere le ceneri in un mestruo che abbia la reazione originaria non comprendo, a meno che non ci si sia voluto fornire di una valvola di sicurezza per ogni possibile contestazione. È già molto se il liquido di paralitici incenerito e ripreso con *acqua distillata* dia ancora la reazione perchè in tal modo, per ovvie ragioni, solo una piccola parte del calcio presente può passare in soluzione; a rigore bisognerebbe trasformarlo in sale solubile prima di procedere all'esperimento.

Nei riguardi delle esperienze del prof. Kastan, rimango veramente stupito come egli

abbia potuto commettere una così colossale.... distrazione. Il fosfato di calcio (bicalcico?) già di per se stesso difficilmente solubile aggiunto ad un mezzo alcalino come il liquido cerebro spinale!? Si sarebbe potuto aumentare anche la dose senza disturbare la reazione: se il nostro obbiettivo è quello di studiare il *calcio ione* abbiamo il dovere di scegliere il sale più dissociabile, altrimenti potremmo essere autorizzati anche ad usare frammenti di marmo. Ma questo sarebbe ancora più attivo del fosfato di calcio! Dal mio canto potrei anche citare i risultati ottenuti da Weill, Guillaumin e Weissmann-Netter, i quali recentemente hanno trovato ipercalcemia nel sangue di soggetti luetici con ateromi o artriti croniche, ma sarebbe una dimostrazione superflua.

Nelle reazioni colloidali occorre curare le condizioni in cui si esperimenta nei minimi particolari se non si vuole andare incontro a risultati fallaci e contradittori.

NICOLA PIETRAVALLE.

NOTA. — Con la pubblicazione di questi due articoli intendiamo chiusa la polemica.

La Redazione.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Genesi dell'urobilina.

(A. CECONI. *Minerva Medica*, 1923, n. 8).

La importanza del sistema reticolo endoteliale, posta in luce dall'Aschoff e dalla sua scuola, massime nei riguardi di un suo intervento nella genesi della bilirubina, ha riaperto il dibattito sulla urobilinogenesi: ha l'urobilina rapporto o non con il sistema reticolo endoteliale?

Fin dalla scoperta dell'urobilina (Jaffè, 1869) al giorno d'oggi non era stata trovata una teoria univoca accettabile sulla genesi di questa sostanza.

Respinta l'opinione che l'urobilina si formasse direttamente dal pigmento ematico negli stravasi sanguigni *in situ*, oppure anche nel circolo e quindi passasse nel rene, se non altro perchè compare in tante condizioni morbose in cui non si hanno stravasi sanguigni, ebbe per molto tempo favore la teoria francese, secondo la quale la urobilina si origina nel fegato stesso, il quale produce bilirubina se è sano, urobilina se è malato. Ma anche questa opinione dovette ben presto essere abbandonata nel contrasto in cui veniva a trovarsi con le malattie del fegato anche profonde, in cui manca spesso del tutto o quasi, l'urobilina nelle urine e nelle feci.

Dopo che Erhlich ebbe dimostrato il potere riduttore dei tessuti, si pensò che l'urobilina, prodotto di riduzione della bilirubina, si formasse nei tessuti. Anche qui intervenne la clinica e ci si domandò perchè mai proprio nell'itterizia, e quando essa è più intensa, e la bilirubina si trova in grande quantità depositata nei tessuti, può mancare e spesso manca ogni traccia di urobilina nelle urine.

La teoria renale (processo di riduzione della bilirubina nel rene) anche non ebbe miglior fortuna.

Domina incontrastata la teoria dell'origine intestinale dell'urobilina, dovuta all'azione riducente dei batteri sulla bilirubina: secondo questa, un rapporto diretto deve esistere fra il grado dell'urobilinuria e l'intensità della colorazione delle feci. Ma questo in non pochi casi manca od è inverso (casi di cirrosi epatica e di anemia perniciosa). Alla teoria intestinale di F. Müller, l'Adler muove le seguenti obiezioni:

1) può aversi urobilinuria pur essendo le feci affatto scolorate e viceversa, l'urobilinuria può mancare anche in casi di grave malattia del fegato con ittero bilirubinurico e feci colorate;

2) nei neonati si ha spesso urobilinuria, le feci essendo del tutto sprovviste di urobilina;

3) con la teoria intestinale non si spiega l'urobilinuria dell'ittero emolitico e dell'anemia perniciosa;

4) quasi sempre, eccezion fatta dell'ittero emolitico e dell'anemia perniciosa, quando si ha urobilinuria si ha sempre coluria, e in base a quest'ultimo fatto respinge senz'altro la teoria intestinale, ed afferma che l'urobilinuria indica sempre una ritenzione dei pigmenti biliari nel sangue: la bilirubina poco diffusibile è trattenuta ed è trasformata in urobilina per opera dei tessuti: l'urobilina quindi più diffusibile e meno tossica viene eliminata con le urine. Il rapporto tra l'urobilina espulsa con le urine e quello con le feci, sarebbe soltanto contingente, l'urobilina arrivando sia al rene che all'intestino con il sangue. A tale teoria istiogena senza intervento alcuno dell'intestino, Adler muove le seguenti obiezioni:

1) che non si spiegano le grandi differenze che spesso risultano tra il contenuto in urobilina delle feci e delle urine in condizioni normali e patologiche, se come afferma Brulé, l'urobilina arriva al rene come all'intestino, portata dal sangue;

2) se l'urobilinuria dovesse essere il portato di una riduzione dei pigmenti biliari nei tessuti, la trasformazione di bilirubinuria in

urobilinuria dovrebbe essere lenta e graduale, mentre di regola si produce rapida, quasi di improvviso;

3) non esiste un limite di tolleranza per l'eliminazione della bilirubina con le urine. A volte l'urobilinuria è forte e l'ittero leggero non ostante molta bilirubina nel sangue: la eliminazione dei pigmenti biliari con le urine dipende dal contenuto del siero in colesterina;

4) nell'ittero dei neonati la bilirubinuria è minima, spesso manca del tutto, mentre dovrebbe essere forte, secondo la teoria del Brulé;

5) in casi di intervento chirurgico (fistola biliare) nelle feci e nelle urine l'urobilina può essere in scarsa quantità mentre la bile a pena emessa ne è ricchissima.

A notare che Adler è riuscito a stabilire le norme per l'esame della capacità funzionale del fegato studiando il quoziente tra l'urobilina delle urine e quella delle feci.

Adler con proprie esperienze mette in campo il fegato, e del fegato le cellule stellate di Kuppfer.

L'urobilina, dice Adler, passa attraverso il fegato; si pensa, per altro non è dimostrato, che assorbita nell'intestino sia nel fegato di nuovo trasformata in bilirubina. In qual punto avviene questa trasformazione? Si sa che la urobilina è una combinazione del pirrolo: si pensa anche che l'urobilina possa essere utilizzata dal midollo osseo per sintesi della molecola emoglobinica. Ora sappiamo che nell'organismo esistono estesi gruppi di cellule che hanno una grande tendenza alla combinazione con il pirrolo (Goldmann); queste cellule costituiscono il cosidetto sistema reticolo endoteliale (Aschoff) e sono specialmente numerose nel fegato (c. di Kuppfer), nella milza, nel midollo osseo. Esse possono benissimo provvedere alla formazione ed alla trasformazione dell'urobilina per la sua utilizzazione e formare emoglobina. In questo lavoro è indispensabile la collaborazione della cellula epatica. Il sistema reticolo endoteliale è incaricato dunque della formazione della bilirubina e della sua trasformazione in urobilina.

Questo sistema modifica la sua azione secondo le necessità: i rapporti fra esso e le cellule epatiche, l'associazione o la dissociazione con le medesime, l'iperplasia o ipoplasia, spiegano forse il comportamento dell'urobilina eliminata con le urine e con le feci: l'urobilina non avrebbe dunque una sede unica di origine, si genererebbe principalmente nell'intestino, ma anche nel fegato in condizioni di malattia con tendenza alla guarigione ed alla rigenerazione del parenchima. Quando manca l'urobilina nelle feci e nelle urine, o vi è in scarsa quantità in casi di ittero o di altre malattie del fegato, è segno di una insufficienza dell'organo. Intervenendo la formazione di focolai di rigenerazione nel fegato, la bilirubinuria si trasforma in urobilinuria.

MONTELEONE.

MEDICINA.

Disturbi endocrini minori.

(LANGDON BROWN. *British Medical Journal*, 8 dicembre 1923).

Accanto alle grandi sindromi che la patologia e la clinica hanno nettamente e sicuramente attribuite a disfunzione delle glandole a secrezione interna, vi sono sintomi e disturbi che, pur non assurgendo alla importanza di vera malattia, ripetono la loro origine da alterazioni degli organi endocrini.

La pinguedine è una di queste condizioni. La credenza che essa sia determinata da un eccesso di alimentazione e da difetto di moto non è esatta, almeno per la grande maggioranza dei casi. La pinguedine è l'effetto di alterazione di glandole endocrine.

La pinguedine tiroidea non è dovuta soltanto ad accumulo di grasso. Le pieghe cascanti delle guancie, il gonfiore sotto gli occhi, i cuscinetti sopraclavicolari sono molto caratteristici. In effetti si tratta di un leggero mixedema, e come questo la condizione è accompagnata da siccità e spessezza della pelle ed arrossamento delle gote. Inoltre c'è anche un certo grado di torpore mentale e fisico.

Nella pinguedine pituitaria la faccia è arrotondata nel suo complesso, con pelle liscia, morbida, con colore di solito molto vivo e fresco. I peli sulla faccia e cul corpo sono scarsi. Il grasso è specialmente depositato alle spalle, al petto, alle anche, alle coscie. La pelle in corrispondenza della faccia posteriore delle braccia ed alle gambe è picchiettata di rosso. Nelle donne si ha spesso amenorrea. La mentalità è spesso brillante, attiva, vivace.

La pinguedine timica ha anche caratteri speciali. Come è noto il timo è una glandula infantile che ha azione antagonista alle glandule sessuali. La persistenza della funzione timica conduce all'accumulo di grasso. I tipi timici tendono ad avere faccia lunga con cute pallida e doppio mento. Si tratta del tipo linfatico della vecchia medicina. I soggetti soffrono dispnea parossistica, la così detta asma timica, e reagiscono male alle infezioni.

La pinguedine sessuale che ha la sua più alta espressione in quella degli eunuchi, non ha caratteristiche proprie. Il grasso si accumula dovunque specie nelle parti dove è più abbondante quello femminile. Tale pinguedine in effetti dipende da uno sconcerto di tutto il sistema endocrino, alla cui origine sta la disfunzione genitale. Tanto vero che questi soggetti migliorano anche con la sola somministrazione di preparati tiroidei. Curioso fenomeno: in queste forme di deficienza sessuale si incontra mancanza di sviluppo di uno o di ambedue gli incisivi laterali superiori. Spesso il fenomeno è incrociato: in caso di arresto di discesa del testicolo destro, l'incisivo laterale sinistro è piccolo, irregolare o spostato.

Per bene comprendere alcuni disturbi minori da alterazione delle surrenali occorre ricordare che la parte midollare rappresenta elementi ganglionari del simpatico e che la parte corticale ha la stessa origine degli elementi interstiziali del testicolo. È forse per questo che la ipertrofia della corteccia surrenale provoca uno sviluppo sessuale prematuro nell'uomo e nella donna una tendenza al virilismo.

Poichè l'adrenalina innalza la pressione del sangue e provoca glicosuria, si è detto che questi disturbi si verificano nell'età avanzata in seguito ad iperfunzione della parte midollare delle surrenali determinata da sbilanci emotivi. Ma di questo rapporto causale mancano le prove. Ad ogni modo come nel morbo di Addison il quadro sintomatico è in rapporto ad ipofunzione della midolla surrenale. È possibile che l'esaurimento dello stesso tessuto abbia una parte importante nel determinismo delle neurosi di guerra e di altri stati funzionali caratterizzati da miastenia, instabilità vasomotoria ed ipotensione vasale.

Interessante è la influenza che hanno sul temperamento individuale le due parti delle surrenali. Il tessuto midollare fornendo sostanze che eccitano il simpatico è una glandola che solleva la combattività, ed il tessuto corticale secrega ormoni che rendono più marcati i caratteri virili. Le surrenali ben funzionanti quindi conferiscono all'individuo virilità, combattività, aggressività. Nelle ipofunzioni delle glandule stesse si ha un indebolimento di tutti questi caratteri con tendenza al sopravvento da parte del vago, che può condurre fino all'asma. Nelle iperfunzioni invece si ha tendenza alla neurosi d'angoscia, alle fobie d'ogni specie, a stati ed a temperamenti il cui elemento fondamentale è la paura.

È ben noto che l'iperattività del lobo anteriore dell'ipofisi produce negli adulti acromegalia, ed è stato anche riconosciuto che lo stesso disturbo ha una parte importante nella patogenesi dell'osteite deformante. La stessa iperattività nella fanciullezza e nell'adolescenza, quando lo sviluppo è in atto, può provocare il gigantismo.

Gradi minori di iperfunzione del lobo anteriore dell'ipofisi non provocano accentuate anomalie, ma conferiscono all'individuo alcuni peculiari caratteri antropomorfici, statura alta, chioma abbondante, denti lunghi, mascella grossa, mani grandi. Si tratta di individui con buona intelligenza, immaginativi, generalmente musicali. Nel gigantismo vero invece si ha una certa deficienza intellettiva e morale, una tendenza alle compulsioni ed alle ossessioni, fiacchezza dei poteri inibitori.

La parte intermedia dell'ipofisi, che embriologicamente dipende dal lobo anteriore, è in rapporto con il metabolismo dei carboidrati. La sua iperattività provoca glicoemia ed anche glicosuria.

Quando il lobo anteriore e la parte intermedia sono in difetto si ha la sindrome di Fröhlicz: abnorme accumulo di grasso, scarsezza di peli, pelle liscia, arresto di sviluppo sessuale.

Si è detto che il lobo anteriore tende a marcare il carattere mascolino ed il lobo posteriore quello femminile. Le caricature che i francesi fanno delle donne inglesi disegnandole con il petto piatto, i denti lunghi, la mascella grande, le mani tozze e sgraziate in fondo corrispondono ad un tipo di donna con esagerazione della secrezione del lobo anteriore. D'altra parte in quelle coppie di amiche inseparabili non è difficile trovare in quella che assume la funzione mascolina i segni della iperattività del lobo anteriore della ipofisi. Non è dubbio che questa glandula ha una gran parte nella differenziazione dei caratteri sessuali secondari.

D'altra parte la secrezione del lobo posteriore eccita i muscoli lisci e spesso è un eccellente stimolante in alcune forme di costipazione atonica.

Le interdipendenze tra l'ipofisi e le glandule sessuali si verificano anche nel regolare il metabolismo dei carboidrati. Mackenzie Wallis ha trovato che la curva della glicemia è uguale nella glicosuria pituitaria ed in quella gravidica; Dixon ha dimostrato che l'estratto ovarico aumenta la secrezione della pituitrina nel liquor e Burn ha osservato che l'estratto d'ipofisi inibisce l'azione antiglicemica dell'insulina. Perciò è evidente che nella

glicosuria gravidica le ovaie stimolano l'ipofisi che a sua volta inibisce il pancreas.

La tiroide è una glandula essenzialmente femminile: ne è prova la sua ipertrofia contemporanea alla pubertà, al matrimonio, alla gravidanza, la sua involuzione durante la menopausa.

Le emozioni, la paura sopratutto, sono capaci di provocare ipertiroidismo e perfino gozzo esolfalmico.

Viceversa sembra che la stimolazione della stessa glandula sia seguita normalmente da azioni vigorose e di ciò è prova la produzione eccessiva di glucosio nel sangue.

I piccoli disturbi da ipotiroidismo non sono importanti: sono state notate la scomparsa della metà esterna delle sopracciglia e la frequenza di dolori reumatici, che cederebbero alla somministrazione di preparati tiroidei.

Gli effetti psichici dell'ipotiroidismo interessano perchè non sono uniformi: oltre allo stato depressivo si può avere una condizione speciale con tendenza al sospetto e, fatto sorprendente in una affezione caratterizzata da letargia, anche la manìa, che naturalmente si giova della cura tiroidea.

Le paratiroidi hanno due funzioni importantissime: 1) distruggere la guanidina, che è una sostanza purinica il cui accumulo nei muscoli produce tetania; 2) aumentare il contenuto di ioni calcio nel sangue. Grove e Vims hanno trovato che la cicatrizzazione delle ulceri varicose delle gambe, è favorita dal miglioramento del ricambio del calcio e per la stessa ragione dalla somministrazione di preparati paratiroidei. Analogo risultato ottennero nelle ulceri gastriche e duodenali.

L'attività del timo è normalmente limitata all'età infantile. Pare che questa glandula agisca come un freno di arresto allo sviluppo sessuale probabilmente per consentire il regolare sviluppo somatico. Non è stato finora ottenuto alcun prodotto secretivo con effetti fisiologici definiti e non è chiaro il meccanismo di azione antagonista alle glandule sessuali. Probabilmente agisce influenzando la costituzione del sangue, perchè sono contemporanei la scomparsa del timo e la comparsa dei caratteri adulti del sangue. Durante la persistenza del timo la reazione caratteristica del sangue è la linfocitosi e solo durante questo periodo si verificano la così detta pseudoleucemia o anemia splenica dei bambini, che probabilmente costituisce la reazione del sangue infantile alle varie tossiemie. Nello stato linfatico l'ingrandimento del timo è solo un elemento dell'ipertrofia adenoidea generale. È probabile che questa condizione sia un segno dell'abnorme suscettibilità alle proteine esogene, la quale è una caratteristica degli individui che hanno il vago ipereccitabile. Da ciò forse dipende la tendenza all'asma, alla sincope, allo shock anafilattico che accompagna lo stato linfatico.

Tanto la secrezione esterna che quell'interna del pancreas hanno effetti anabolici. La secrezione esterna prepara all'assorbimento tutte le sostanze nutritive, quella interna conduce alla utilizzazione dello zucchero da parte dei tessuti. È merito speciale di Banting di avere isolato il principio attivo di questa sempre sospettata e mai trovata secrezione interna. Ma se la scoperta dell'insulina prova che le isole cellulari del pancreas producono una secrezione interna che promuove l'assimilazione dello zucchero, non prova che ogni diabete è dovuto a lesione pancreatica. Il fatto che l'estratto ipofisario ha azione antagonista a quella dell'insulina fa pensare che il diabete può essere dovuto ad un profondo disturbo del metabolismo anzichè alla lesione di una sola glandula. Pertanto l'insulina va applicata in terapia con criterio secondo i casi.

Al riguardo va notato come l'organoterapia abbia di troppo sopravvanzata la endocrinologia. Purtroppo la grande maggioranza dei preparati organoterapici che si trovano in commercio e nell'uso corrente non hanno le azioni medicamentose che ad esse sono attribuite in base a soli elementi dottrinari. Di tutto l'armamentario organoterapico in pratica risultano incontestabilmente efficaci solo i preparati tiroidei ed ipofisari: ora si è aggiunta l'insulina.

Dr.

CHIRURGIA.

Via d'accesso extra pleuro-peritoneale al segmento esofago-cardiale.

(GRÉGOIR. *Journal de Chir.*, 1923, n. 6).

Il timore d'infettare le sierose nei vari interventi sul segmento esofago cardiale ha spinto l'A. a cercare una nuova via facile e sicura.

I varii processi esistenti che permettono raggiungere detto segmento per via toracica o addominale hanno l'inconveniente di traversare una sierosa con pericolo d'infezione, di concedere manovre molto limitate e di esporre imperfettamente il segmento.

Perciò il Biodi per il primo indicò un processo toraco-addominale, che fu perfezionato tecnicamente dal Gosset e applicato nell'uomo con successo dall'Hedblom.

Ma nonostante il successo di quest'ultimo A., l'operazione ha l'inconveniente di aprire la pleura e il peritoneo con il corrispondente pericolo d'infezione.

Il Sencert e il Lilienthal hanno cercato di evitare la lesione pleurica andando per via mediastinica posteriore, però non prendono misure per evitare la lesione peritoneale.

Perciò l'A. propone un nuovo processo toraco-addominale extrasieroso che approfitta della condizione anatomica speciale dell'esofago e della parte alta dello stomaco, i quali posteriormente sono sprovvisti di rivestimento sieroso mentre nelle altre parti son rivestiti da sierosa facilmente scollabile.

Si basa inoltre sulla conquista della fisiologia moderna, la quale ha dimostrato che si può spaccare il diaframma dalla periferia al centro senza alterazioni funzionali.

Tecnica operatoria:

L'infermo è coricato sul lato d. con un cuscino alto 10 cm. sotto la XII costola onde estendere il lato sinistro. Incisione toraco-addominale sinistra a forma di U a branche disuguali. Essa parte dall'VIII costola, scende lungo i colli costali fino alla XII costola, costeggia il margine inferiore di questa per 10 cm. e risale lungo l'ascellare posteriore fino all'VIII costola.

Si disseca il lembo muscolo cutaneo e si solleva.

Si reseca la XII costola, si seziona l'XI ai due punti all'intersecazione dell'incisione, si seziona il solo collo della X costola e si divarica.

Si presenta la pleura parietale col cul di sacco costo-diaframmatico e costo-vertebrale. Si libera quest'ultimo dai legamenti che vanno ai dischi intervertebrali (manovra delicata) e poi si scolla facilmente il resto fino a scoprire l'esofago e il diaframma.

Si seziona il diaframma dal collo della XII costola fino all'orifizio esofageo legando l'arteria diaframmatica inf. di sinistra.

Così si mette a nudo la metà inferiore dell'esofago e la parte alta dello stomaco fino alla g. tuberosità, su cui si può intervenire secondo che conviene.

Si chiude a strati, con un drenaggio di garza all'angolo inferiore per 3 g.

L'A. ha applicato questo metodo in due casi e in un terzo l'ha usato un suo allievo Braine. Nel primo caso si era creduto trattarsi di un diverticolo faringo-esofageo. Perciò l'A. era intervenuto per via cervicale lungo la linea carotidea, ma accortosi che si trattava invece di una dilatazione totale dell'esofago, fece una plicazione della parte alta fin dove potè.

Siccome i disturbi persistettero, l'A. riintervenne dopo 11 giorni applicando il suo processo toraco-addominale, e trovata causa della dilatazione un restringimento sopracardiale, praticò una esofago-plastica. L'infermo guarì e fu dimesso in 21ª giornata.

In un secondo caso l'A. applicò il processo per un carcinoma del cardias che clinicamente sembrava limitato, ma all'intervento fu trovato esteso oltre i limiti dell'operabilità e fu richiuso.

L'infermo superò l'intervento e fu dimesso.

Il suo allievo Braine ha usato lo stesso metodo in un caso di esofago-spasmo a livello dell'orifizio diaframmatico, persistente per parecchi anni e lasciò un orifizio diaframmatico più ampio.

L'infermo superò l'intervento e guarì dei suoi disturbi.

S. GUSSIO.

Sulla resezione nelle ulcere perforate dello stomaco e del duodeno.

(MÜLLEDER e NEUBERGER. *Wien. Klin. Woch.*, n. 42, 1923).

Hanno avuto occasione di praticare in circa 2 anni 18 resezioni per ulcere perforate dello stomaco e del duodeno.

Oltre alla distinzione fatta dal maggior numero di autori in casi precoci e tardivi con un gruppo medio intorno alle 12 ore dalla perforazione, credono si debba fare una distinzione fra ulcere a piloro chiuso, a piloro aperto e duodenale in quanto che un'ulcera stenosante del piloro o del duodeno farà versare nella cavità peritoneale una diversa quantità di contenuto gastrico di un'altra senza ristagno, ed infine per la prognosi operatoria le ulcere penetranti nel pancreas.

Rimanendo nella distinzione di casi precoci e tardivi dividono le operazioni in due gruppi di precoci e tardive.

Riguardo al sesso i casi furono 16 in uomini e 2 in donne. In 17 fu fatta la resezione, in 1 la semplice sutura.

Nella maggior parte esisteva un'anamnesi di ulcera; i pazienti improvvisamente erano colpiti da un acuto dolore nella parte alta dell'addome e questi trasportati subito all'ospedale costituirono i casi precoci, mentre nel maggior numero dei tardivi la perforazione seguì lunghi periodi di dolori da ulcera.

La diagnosi fu fatta solo nei casi in cui fu potuta trarre qualche cosa dall'anamnesi. Fecero in tutti dopo l'operazione la pulizia della cavità peritoneale, un lavaggio con soluzione di Pregl, di cui lasciavano una parte nel peritoneo, e chiusero per prima, pur potendo

affermare che il drenaggio della ferita addominale nei casi con versamento a carattere purulento dà un vantaggio.

Dei 18 pazienti 13 sopravvissero e 5, pur sopportando l'operazione, morirono per la perforazione; 4 di questi erano operati tardivamente, mentre 1 apparteneva ai 7 operati precocemente.

Dalle storie dei 5 morti si rileva che ordinariamente la resezione era seguita da anastomosi alla Hofmeister-Reichel-Polya.

La mortalità è stata del 27.7 % di cui il maggior aggravio cade sulla tardività dell'intervento. Fra questi sono compresi uno operato dopo 60 ore dalla perforazione ed un altro con meteorismo e gas libero nell'addome. Questi sono i casi che si possono considerare perduti anche con un intervento minimo.

Per far notare la importanza della resezione riportano 81 casi raccolti da Larrien di perforazione tardiva dopo g. enterostomia per ulcere non perforate, mentre credono che non esistono ulcere peptiche del digiuno dopo resezione.

(Possiamo affermare che esistono ulcere peptiche del digiuno dopo resezione riscontrate da Haberer, 1 caso, Denk, 4 casi, Koennecke e Jungermann, 1 caso. N. d. trad.).

Il decorso operatorio dopo la resezione fu sorprendente, e vi furono malati che l'indomani stavano a leggere il giornale. Ciò si spiega con l'allontanamento del punto malato.

Nella maggior parte dei casi, fino a 12 ore dopo la perforazione, la resezione è il metodo di scelta, in quelli tardivi o con ulcera stenosante il piloro, si può usare la g. enterostomia.

Riguardo alla chiusura dell'addome ritengono che è inutile drenare poco; può usarsi il drenaggio del Douglas, del punto della perforazione, ma bisogna pensare che il drenaggio può essere la via d'infezione dall'esterno all'interno, ch'esso disturba la circolazione e l'assorbimento, mentre, poichè dopo poche ore avviene nella cavità peritoneale la formazione di un canale, dato dal saldamento, si ha la esclusione del resto della cavità peritoneale. Quindi consigliano di evitare piuttosto qualunque drenaggio della cavità, eventualmente drenare il sottocutaneo.

Come anestesia consigliano quella locale con l'aiuto in qualche caso di un po' di etere.

La ricerca dell'acido cloridrico nel liquido peritoneale, anche durante l'operazione, può dare un favorevole pronostico.

Gli stessi AA. hanno più tardi operato altri 3 casi di perforazione con resezione, con un caso di morte. In totalità quindi i casi operati sono 21, con esito infausto in 6, avendo così una mortalità complessiva del 28.5 %.

BRANCATI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

IVAND BERTRAND. *Les processus de désintégration nerveuse.* Masson e C., éditeurs, 1923.

È un lavoro interessante ed originale d'istologia fine patologica del sistema nervoso, frutto di lunghe e pazienti ricerche compiute dall'A. nel Laboratorio della Salpetrière.

Il processo di disintegrazione, come viene considerato da Bertrand, è qualche cosa di molto diverso della degenerazione degli antichi istologi. Gli è perciò che non figurano in questo studio le alterazioni istologiche che non hanno alcun rapporto immediato con la disintegrazione, ma trovano posto principalmente quelle che dimostrano il modo con cui gli elementi connettivali e nevroglici s'impadroniscono dei prodotti degenerativi, determinandone l'istolisi e la scomparsa definitiva dai centri nervosi.

È merito speciale dell'autore di avere richiamata l'attenzione sul fatto che anche allo stato normale esiste nei centri nervosi un processo continuo di disintegrazione, che si manifesta istologicamente con aspetti molteplici. Questi prodotti di disintegrazione normale, trasportati dagli elementi cellulari, traducono istologicamente il metabolismo e gli scambi chimici di cui è sede l'encefalo.

Il volume è diviso in due parti: nella prima vengono studiati i processi di disintegrazione in generale, senza tener conto delle affezioni nel corso delle quali essi si osservano; nella seconda questi medesimi processi vengono studiati in particolare, cioè a dire nelle più svariate affezioni del sistema nervoso. Un maggiore sviluppo è concesso ad alcune forme morbose più complesse, quale la gliomatosi cerebrale e le forme protratte di encefalite epidemica.

L'autore però è tutt'altro che rigido e schematico nelle sue conclusioni. Egli, difatti, fa notare che non esiste alcuna forma istologica patognomonica di una data affezione: lo studio dei processi di disintegrazione può dare una forte presunzione sulla natura del processo morboso, ma la diagnosi istologica non ha valore se non si basa sull'esame clinico antecedentemente fatto, e sulle ricerche biologiche praticate durante la vita del malato.

FUMAROLA.

V. Kafka. *Methoden zur Untersuchung des Liquor cerobrospinalis.* Soderabdruck aus dem «Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden» herausgegeben von prof. dott. Emil Abderhalden. Urban & Schwarzenberg, Berlino e Vienna, 1923.

Questa pubblicazione del dott. V. Kafka non è un'arida esposizione di metodi di indagine ma una sintesi delle moderne ricerche sul liquido cefalo-rachidiano, sintesi resa organica e quanto mai interessante dalla vasta opera personale dell'autore.

Nella prima parte del lavoro, dopo alcuni cenni anatomici, è descritta la tecnica della puntura lombare; nella seconda parte, scritta in collaborazione col prof. O. Schumm, che ha svolto alcuni speciali metodi di indagine chimica (ricerca dell'azoto, dell'acetone, dell'alcool etilico, ecc.), sono trattate diffusamente le proprietà fisico-chimiche del liquido cefalo rachidiano ed i metodi di ricerca. In questa seconda parte è ampiamente svolto il capitolo sui fermenti del liquido cefalo-rachidiano. Delle reazioni colloidali sono trattate la reazione di Lange e la reazione del mastice: di quest'ultima sono descritte la tecnica di Jacobsthal-Kafka e l'ultima tecnica proposta da Kafka (Gefärbte Normomastixreaktion).

In un'appendice al lavoro sono descritte la reazione di Sachs-Georgi, di Meinicke ed i metodi di ricerca biologici: viene data in questo capitolo una dimostrativa illustrazione del «Vergleichsagglutinoskop», che Kafka ha fatto costruire per render facile la lettura della Sachs-Georgi.

La lettura del libro di Kafka è da raccomandarsi agli studiosi, che potranno conoscere ed apprezzare sempre di più l'importanza delle indagini, compiute dall'illustre sierologo di Friedrichsberg.

Dott. Pisani.

Prof. P. Guizzetti. *Sistema nervoso (Midollo spinale, Nervi periferici, Simpatico).* «Trattato di Anatomia Patologica» pubblicato dal prof. Pio Foà. Parte speciale, vol. X. Unione Tipografica Editrice Torinese, 1924.

È un volume di 320 pagine, con 103 figure, in parte a più colori, stampato su carta patinata, con caratteri nitidissimi. Fà seguito all'anatomia patologica dell'encefalo del medesimo autore, il cui nome è troppo noto per avere bisogno di raccomandazioni.

Dopo alcuni brevi, ma efficaci richiami, sull'anatomia normale del midollo spinale e dei nervi periferici, l'A. inizia la trattazione dei capitoli speciali con le alterazioni di prima formazione della colonna vertebrale e del midollo spinale (*rachischisi* o *spina bifida, molteplicità del canale centrale, idromielia*), segue con le affezioni della colonna vertebrale che interessano secondariamente il midollo medesimo, passa quindi a descrivere le alterazioni delle singole malattie spinali, dei nervi periferici e del simpatico.

In questa esposizione, sempre precisa, dettagliata, lucidissima, l'A. rivela le sue ben note qualità di osservatore non solo, ma anche una esatta, completa conoscenza degli argomenti più ardui.

Le illustrazioni di cui abbonda il volume, tutte riuscitissime, quasi tutte originali e disegnate dall'autore medesimo, sono non ultimo pregio dell'opera: esse documentano in modo mirabile i fatti che vi sono descritti.

Ma il Guizzetti, oltre che anatomo-patologo di vaglia si dimostra anche clinico provetto, poichè mantiene sempre uno stretto legame fra reperto anatomico e quadro sintomatologico. Egli non si allontana, così, dalle tradizioni della Scuola Romana, che prima di ogni altra volle questo felice connubio fra clinica ed anatomia patologica: all'opera del Guizzetti, quindi, non potrà certamente mancare il meritato successo.

Fumarola.

F. De Lapersonne et A. Cantonnet. *Manuel de neurologie oculaire*, 2e édit. Masson, Paris, Fr. 20.

È la seconda edizione del noto volume di Lapersonne e Cantonnet, dedicato più che allo specialista al medico pratico, che nell'esame dell'occhio deve avere una guida importante e sicura a dilucidazione dei più difficili problemi neuropatologici. Dopo la parte semeiologica minutamente analizzata e spiegata nella sua patogenesi, chiude il volume l'elenco delle alterazioni dell'occhio nelle più diverse malattie generali e degli organi interni. Il volume in questa seconda edizione è messo al corrente con i progressi degli ultimi anni (alterazioni nella encefalite letargica, le avitaminosi, ecc.).

t. p.

S. Pulvirenti. *L'arterite sifilitica del cervello.* Soc. Tip. A. Manuzio, Roma, 1923. — L. 20.

La crescente diffusione della infezione sifilitica e la tendenza del virus a ledere così frequentemente, in tutte le sue parti costitutive, il S. N. centrale e periferico, rendono sempre interessante ogni lavoro che possa servire a diffondere ed a dilucidare le moderne cognizioni che la biologia e la clinicia hanno conquistato.

Il libro del Pulvirenti, che è una lucida e piana esposizione dell'argomento, sarà letto

certamente con molto profitto. In esso l'arterite cerebrale luetica è studiata sia che si presenti isolata sia che costituisca parte del più complesso quadro anatomopatologico e sintomatico della sifilide cerebrale in genere.

Nel corso della trattazione l'A. trova anche modo di accennare agli attuali concetti intorno alla biologia dello spirochete ed alla unicità e dualità del virus sifilitico specie nei rapporti con la patogenesi della lues cerebri.

Gli opportuni richiami di anatomia e la chiara illustrazione di numerosi casi clinici scelti a seconda la localizzazione delle lesioni in ciascuno dei rami arteriosi cerebrali rendono questo libro di una utilità e comprensione ancora maggiore. D. MASELLI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza pubblica del 29 novembre 1923.

Su di un nuovo sistema di enteroanastomosi termino-terminale mediante un rocchetto scomponibile.

Dott. CAROSSINI GIOVANNI. — Per accoppiare i vantaggi dei bottoni scomponibili, dei semiriassorbibili e per evitare la possibilità della ritenzione del bottone, della sua apertura, o gli inconvenienti della sua pesantezza, l'O. ha ideato un rocchetto di alluminio di 4-6 segmenti semilunari, tagliati in modo che i piani di sezione si intersecano al centro del foro, che ha fatto buona prova in esperienze su cani.

Alcuni casi di tubercolosi polmonare trattati col cutivaccino antitubercolare di Ponndorf.

Dott. BIANCHINI ACRISIO. — In quattro casi di ricoverati nel Sanatorio militare di Careggi, l'O. ha ottenuti risultati curativi assai incoraggianti.

Nuovo metodo di impregnazione del sistema nervoso.

Dott. RIZZO CRISTOFORO. — L'O. presenta all'Accademia dei magnifici preparati dove sono impregnate contemporaneamente cellule nervose, nevroglia e microglia. Il metodo si fonda sull'applicazione del Cajal a fette congelate, e facendo la riduzione a caldo. È pure molto utile nello studio delle placche senili, il che ha servito all'O. a mettere in evidenza delle nuove particolarità di esse.

Adunanza pubblica del 24 gennaio 1924.

Dott. VANNUCCI DINO. — *Sull'azione infettante di filtrati di prodotti patologici tubercolari.*

I diversi quadri clinici della tubercolosi in rapporto alle varie età.

Dott. PERITI ENRICO. — Premessi i dati statistici anatomici e clinici per ciò che riguarda la percentuale che presenta qualche focolaio tubercolare nelle varie età e la frequenza con cui in ciascuna di esse si presentano le forme generalizzate, acute, croniche o cronicissime, e, tenuto conto del classico fenomeno di Koch e di alcune ricerche specie del Rondoni, le quali tenderebbero a dimostrare una reazione prevalentemente ematogena nella cavia già tubercolinizzata di fronte ad una reazione istogena nella cavia vergine di infezione tubercolare, si può dedurre che le caratteristiche del quadro clinico della tubercolosi in rapporto alle varie età mettano in evidenza una vaccinazione che subisce l'uomo per le ripetute piccole infezioni precedenti e la tubercolosi cronica dell'adulto si può così ritenere come l'espressione di una reazione locale in individuo già immunizzato analogamente a ciò che avviene nella cavia tubercolinizzata di Koch. Questo concetto può costituire anche un criterio per farci ritenere che la tubercolosi cronica dell'adulto sia dovuta ad una nuova infezione e non ad un risveglio di quella glandolare infantile.

Adunanza pubblica del 31 gennaio 1924.

Su due tipi di creatinuria patologica nell'età infantile.

Prof. FRONTALI GINO. — L'O. riferisce le sue ricerche sul ricambio dei corpi creatinici in bambini affetti da corea, poliomieliti anteriori ed atrofia muscolare progressiva pseudoipertrofica in rapporto con la somministrazione di zuccheri ed altri principii alimentari (amilacei, grassi, albuminoidei privi di creatina). Risulta anzi tutto il consiglio di curare l'alimentazione nel trattamento di bambini coreici provvedendo ad una sufficiente somministrazione di zucchero; e la proposta di utilizzare l'influenza dello zucchero sul ricambio dei corpi creatinici come prova sussidiaria nello studio delle distrofie muscolari.

Ricerche sperimentali sul tono simpatico e sul tono laberintico.

Dott. SIMONELLI GINO. — L'O. tiene un'interessante comunicazione esponendo dapprima con la sua nota competenza le moderne dottrine sul tono dei muscoli striati d'origine simpatica. Espone poi alcune sue ricerche che riguardano le reazioni toniche che gli orecchi del coniglio compiono in seguito ad eccitazione rotatoria del laberinto, venendo così a studiare i rapporti tra l'innervazione simpatica e l'innervazione tonica cerebrospinale. Afferma, contrariamente ad altre esperienze del Ducceschi, che il tono d'origine cerebrospinale esiste, e diverso da quello per le vie simpatiche che dà luogo al fenomeno del Ducceschi. Ciò aggiunge anche un nuovo elemento per considerare con grande riserva la dottrina del Camis e Kurè, che attribuiscono una funzione di regolazione simpatica al cervelletto e al laberinto.

Prof. L. CASTALDI.

Erratum. — Nel fasc. 9 a p. 298 è stata omessa la prima riga del penultimo cenno bibliografico: « La notorietà dell'A. rende superflua ogni pre- ».

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Diagnosi differenziale dei dolori del lato destro dell'addome.

I dolori del lato destro dell'addome possono esser dovuti a cause intrinseche o estrinseche.

Le più comuni cause estrinseche sono la polmonite della base del polmone destro, la pleurite diaframmatica destra, lesioni delle vertebre lombari e dorsali basse, malattie del testicolo destro e dotti annesi, la tabe, il saturnismo, fenomeni di allergia, la malattia sacroiliaca, lesioni degli organi addominali di sinistra.

Le principali cause intrinseche vanno ricercate nel rene, uretere, vescica, sistema biliare, organi genitali femminili, appendice, duodeno, stomaco, testa del pancreas, ceco, colon ascendente, colon trasverso, flessura epatica. Non è esatto, secondo gli AA. porre in prima linea l'appendice, a preferenza degli organi genitourinari.

La diagnosi differenziale non va posata sopra uno o pochi sintomi, ma deve emergere dal complesso sintomatico, dall'anamnesi accurata, dagli esami di laboratorio. Senza la colesterinemia e il sondaggio duodenale è spesso difficile distinguere una calcolosi biliare da una calcolosi renale, una pionefrosi, una pielonefrite, un restringimento dell'uretere. L'appendicite può essere perfettamente simulata da una lesione ureterale, che può anche non alterare le urine.

Per la diagnosi differenziale dell'appendicite cronica è utile il cateterismo ureterale, la pielografia, l'esame radiologico del colon; occorre però ricordare che si possono avere spasmi riflessi del colon per lesioni flogistiche delle vie biliari od urinarie, onde il reperto radiologico va accuratamente vagliato.

I fenomeni di anafilassi alimentare sono responsabili di alcune sindromi dolorose, che non è difficile discriminare.

Le condizioni patologiche del tratto urogenitale che più spesso cagionano dolore nel lato destro dell'addome sono i calcoli renali, ureterali, vescicali, i tumori della pelvi, l'idronefrosi, la pionefrosi, la pielonefrite, la cistite, l'idro e il pioureterе, le stenosi e angolizzazioni dell'uretere, la nefroptosi. Talora il dolore destro è provocato da una lesione a sinistra.

Occorre evitare di confondere l'ombra radiografica di un calcolo ureterale con quella dovuta a fleboliti, enteroliti, ghiandole calcificate, calcoli biliari.

L'A. riporta tre casi, nel primo dei quali la sindrome dolorosa era dovuta al contatto delle apofisi trasverse della 1ª e 2ª vertebra lombare; nel secondo, a stenosi ureterale; nel terzo a calcolo ureterale.

(J. Mills Mayhen e A. Smith. *Colorado medicine*, ottobre 1923). Doria.

Il dolore alla pressione dell'orecchio.

Recentemente Mendel ha descritto, sotto il nome di *segno auricolare della meningite*, un segno che consiste nella sensazione dolorosa alla pressione esercitata sulla parete posteriore del condotto uditivo esterno. Esso sarebbe un indizio precoce di meningite ed avrebbe importanza per la diagnosi differenziale fra le manifestazioni di origine tossica e l'irritazione anatomica delle meningi.

H. Rosenfeld (*Klinische Wochensch.* 12 novembre 1923) ha fatto numerose ricerche in proposito, ma non ha potuto confermare il valore di tale segno. Esso di fatto si trova anche nelle lesioni locali della parete del condotto uditivo (foruncolo, eczema), nei processi infiammatori dei tessuti vicini (mastoidite) e così pure ogni qual volta la sensibilità dell'individuo è esagerata, come nella febbre, nella emicrania, nella cefalea postepilettica, nel meningismo, nella commozione cerebrale, ecc.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

La scomparsa della clorosi.

E. Rist (*Bull. et mém. Soc. Méd. des Hôpitaux*, n. 34, 29 novembre 1923) riferisce di aver già da tempo notata la progressiva scomparsa della clorosi. Da 12 anni egli non ne ha osservato un solo caso. Il fatto è tanto più interessante in quanto è stato riscontrato non solo a Parigi ed in Francia, ma è stato segnalato negli Stati Uniti da R. Cabot, da Gulland e Godall in Inghilterra, da Pollitzer a Vienna, da Schaumann in Svezia, da Naegeli a Zurigo. La spiegazione del fenomeno secondo l'A., non è facile, verosimilmente le migliorate condizioni di nutrizione della classe operaia avrebbero potuto sopprimere una delle cause occasionali della malattia, ma in tal caso avrebbe dovuto osservarsi una recrudescenza della clorosi durante l'ultima guerra tra le popolazioni degli Imperi centrali ove la alimentazione fu per lungo tempo insufficientissima. Il prof. Volhard però, interrogato da Schaumann nell'autunno 1920, rispose che dal-

l'epoca della sua nomina a professore di clinica (principio del 1919) non aveva potuto trovare un solo caso di clorosi da mostrare agli alunni.

Chauffard ed Achard associandosi al parere dell'A. riferirono di avere anch'essi fatta una identica constatazione. Halle aggiunge che la scomparsa di questa malattia ha fatto abbandonare completamente lo studio dei soffi anemici e dei rumori giugulari essendo diventata sempre più rara la loro constatazione nell'adulto. Secondo Fiessinger le clorosi tipiche sarebbero rarissime, ma si osservano ancora oggi clorosi frustre che sarebbero diagnosticabili col pallore; l'esame ematologico completo e minuto e i soffi giugulari intensi. Il valore patognomonico però di questi ultimi è negato da Louis Ramond.

Secondo Pinard la spiegazione della rarità attuale della clorosi è di ordine ben diverso. L'A. riferisce un caso di personale osservazione in cui l'unico elemento che si opponeva alla diagnosi di clorosi era il val. glob. = 1.08, il quale però poteva riferirsi ad un trattamento precedente a base di Fe. La sierologia a sua volta fornì documenti nuovi: la Wassermann fu positiva e potè inoltre essere messa in evidenza la specificità paterna.

Forse perciò l'apparente scomparsa della clorosi è dovuta più semplicemente ad un mutato orientamento della medicina che oggi nelle definizioni etiologiche ricerca una classificazione più rigorosa. PALLADINI.

L'anemia perniciosa familiare.

Il fattore costituzionale nelle malattie del sangue si rivela sempre più importante; il carattere familiare si trova di fatto non solo nell'ittero emolitico, nella splenomegalia familiare, nell'emofilia, ma anche talora nella clorosi, nella leucemia, nella eritremia, in certe forme di porpora e nell'anemia perniciosa criptogenetica. A. Decastello (*Wiener Klin. Wochens.*, 9 aprile 1923) riporta con molti particolari l'osservazione di una famiglia in cui tre sorelle ed uno dei loro zii sono morti per anemia perniciosa. Altre osservazioni del genere erano state fatte in precedenza da diversi autori. Tali forme hanno un'evoluzione particolarmente rapida e grave e si manifestano di solito dopo la quarantina; è però probabile che nelle famiglie affette vi siano dei casi attenuati.

Le osservazioni pubblicate permettono di escludere l'ipotesi di una causa esogena che agisce simultaneamente sui diversi membri della famiglia. Si tratta di un fattore costituzionale dominante nel senso mendeliano, ma che non si rivela che in certi individui sotto l'influenza di cause esogene. La predisposizione organica è verosimilmente di un ordine analogo nell'anemia perniciosa e nell'ittero emolitico; non si tratta di un'astenia ossea, ma di una tendenza esagerata all'emolisi, sia per fragilità globulare, sia per iperattività dell'apparato reticolo-endoteliale (ipersplenismo).

fil.

Il morbo di Hodgkin.

Si manifesta clinicamente con la tumefazione dapprima localizzata, poi più o meno generalizzata delle ghiandole linfatiche superficiali e profonde, con febbre, anemia e cachessia progressive fino alla morte. Vi sono forme cliniche diverse a seconda che sono interessate le ghiandole periferiche, le addominali, specialmente le retroperitoneali; talvolta unica manifestazione è il tumore mediastinico, per cui è necessaria l'indagine radiologica.

Nella forma periferica, la tumefazione ghiandolare incomincia di solito al collo; le ghiandole sono dapprima molli, si fanno poi dure e voluminose, non suppurano, rimangono spostabili; possono comprimere nervi, vasi, ecc. Sulla cute si notano eczemi, orticaria, prurito, che possono essere le prime manifestazioni. Talvolta si ha una pigmentazione, diffusa, a macchie, che non si estende alle mucose. Frequenti sono i sudori specialmente notturni.

Nel sangue si ha diminuzione delle emazie; i leucociti sono o aumentati (fino a 20,000) o normali o diminuiti; in genere si ha aumento relativo dei neutrofili, talora però quello dei linfociti. La febbre esiste quasi sempre; talvolta è a tipo ricorrente cronico. La tumefazione del fegato è piccolissima, si può avere diarrea.

La diagnosi sicura si ha solo con l'esame istologico delle ghiandole, che però in qualche caso può essere negativo.

Diagnosi differenziale. La leucemia e l'aleucemia si distinguono con l'esame del sangue. Il granuloma tubercolare si distingue per il decorso, la diversa apparenza delle ghiandole, il reperto ematologico, le reazioni tubercoliniche; inoltre esso è difficilmente generalizzato ed il tumore mediastinico non vi si riscontra quasi mai. Nei casi di tumore del mediastinico, si deve fare la distinzione con i neoplasmi benigni e maligni. Mancano la febbre ed il tumore di milza.

Difficile è la diagnosi nelle forme puramente addominali; vi può essere confusione col tifo e con la tubercolosi peritoneale ed intestinale;

in tali casi ha notevole importanza la constatazione della febbre ed una leucopenia, che depongono per il morbo di Hodgkin.

W. Weis (*Med. Klinic.*, a. 19, n. 12) osserva che vi sono casi in cui il granuloma penetra nello speco vertebrale e comprime il midollo.

Quando manchino sintomi generali si può commettere un errore per tutte le malattie che determinano un'alterazione trasversa del midollo stesso.

fil.

Il biossido di germanio nell'anemia.

Recenti osservazioni di Hammett ed altri avevano dimostrato che la somministrazione del biossido di germanio era seguìta in pochi giorni da un aumento notevole degli eritrociti; si ritenne quindi che tale sostanza avesse proprietà emopoietiche, ciò sembrava confermato dal fatto che Müller e Iszard avevano trovato che il midollo osseo di animali, trattati con il germanio, era assai iperemico. In realtà quest'ultima osservazione non ha valore di per sè e non prova nulla. J. Sampson (*Boston medical and Surgical Journal*, 1° novembre 1923) ha fatto diverse esperienze in proposito ed ha confermato anzitutto che il germanio è sprovvisto di azione tossica, non solo, ma che esso realmente determina un aumento nelle emazie. Tale aumento è però del tutto transitorio e senza un segno evidente di aumentata ematopoiesi. Anche in individui affetti da anemia di diversa origine, il germanio a dosi di 200 mg. al giorno provocò aumenti transitorii delle emazie, senza alcun segno che dimostrasse uno stimolo dell'emopoiesi. Se ne conclude che tale medicamento, nonostante contrarie asserzioni, non può essere considerato come un rimedio per l'anemia.

fil.

La somministrazione del cloruro di calcio.

Sono note le varie proprietà terapeutiche del cloruro di calcio, che è antiemorragico, antidiarroico, ricalcificante, antianafilattico. Si consiglia da Faroy: Cloridrato di adrenalina mg. 1; Cloruro di calcio g. 4; Sciroppo di ratania e di belladonna anag. 40; Sciroppo di codeina g. 30; Acqua di tiglio g. 125. Un cucchiaio ogni due ore.

Sabrazès (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 agosto 1923) prescrive: Cloruro di calcio g. 10; Ergotina e tannino anag. 1; Sciroppo di scorze d'arancio amaro q. b. per 300 g. Un cucchiaio in mezzo bicchiere di acqua zuccherata prima dei due pasti.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La muscolatura dell'aorta e delle valvole cardiache dal punto di vista anatomico, fisiologico, clinico.

Dall'esame di sezioni seriate condotto sul cuore di topo, e dal confronto con la struttura del cuore nei pesci, nonchè dallo studio cinematografico della contrazione cardiaca, A. Blackhall-Morison (*Edimb. med. Journ.*, settembre 1923) giunge alle seguenti conclusioni.

L'estrema parte della vena cava superiore costituisce una struttura muscolare paraauricolare che ha una funzione sfinterica, ed è innervata dal nodo del seno.

Il seno coronario è pure un corpo paraauricolare la cui contrazione rende sufficiente la valvola di Tebesio.

La valvola di Eustachio è resa sufficiente dalla contrazione dell'orecchietta: tale contrazione occlude pure le vene polmonari. Alla chiusura delle valvole auricolo-ventricolari contribuiscono due meccanismi muscolari, uno dipendente dall'orecchietta, ed uno dai ventricoli; oltre i muscoli papillari vi è un gruppo di fascetti muscolari individualizzati (rotatores basis aortae, come li chiama l'A.) che ruota la base dell'aorta da sinistra a destra. La parete posteriore dell'aorta è provvista dal setto interauricolare: le fibre muscolari auricolari agiscono concordemente con tre altri fascetti di origine ventricolare nel rotare l'aorta.

L'insufficienza della muscolatura auricolare potrebbe indurre di per se una insufficienza mitralica senza lesione delle valvole, e, in questi casi, l'udibilità del rumore al dorso sarebbe un segno di paresi dell'orecchietta e quindi di fibrillazione; si può avere questa condizione, ad es., nell'ultima fase del morbo di Graves.

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sull'uso dello sfigmomanometro. — All'abbonato n. 1419:

Nozioni sull'uso dello sfigmomanometro troverà in qualunque trattato di semeiotica medica, per quanto ridotto esso sia.

Naturalmente in volumi specializzati sulle malattie del cuore e dei vasi troverà nozioni più estese: citiamo il Vaquez, che fa parte della collezione di Brouardel e Gilbert (esiste già una traduzione italiana), il Kulbs, tradotto in italiano, che fa parte della collezione del Mohr e Stahelin, il Gallevardin che dedica un magnifico volume alla tensione arteriosa in Clinica. T. PONTANO.

Emoglobinuria parossistica da freddo. — Al dott. A. V.:

Legga il lavoro del Micheli « Osservazioni e ricerche sull'emoglobinuria parossistica a frigore » pubblicato nella « Clinica Medica Italiana », 1915; troverà le indicazioni più ampie; può aggiungere la lettura del recente lavoro di Datta sul « Policlinico », Sezione Medica, 1920. T. PONTANO.

Sull'uso degli arsenobenzoli. — All'abb. numero 1668-1:

Gli arsenobenzoli si somministrano di preferenza per via endovenosa: meno frequentemente per via endomuscolare e più di rado ancora per via rettale. V. MONTESANO.

Sull'azione terapeutica dell'olio di merluzzo. — Al dott. M. T. da Pisa:

Lavori recenti su tale argomento sono i seguenti: H. BAIRD CAMPBELL e J. KIEFFER: *The action of codliveroil on the tubercle bacillus.* Amer. Review of tuberculosis, dic. 1922. Nello stesso numero si trovano due lavori di TEWSBURY e di FINE sul *morruato di sodio* (sale sodico degli acidi grassi non saturati dell'olio di fegato di merluzzo).

Nella stessa rivista (numero di luglio 1922) vi è un lavoro di H. E. KIRSCHNER: *Codliver oil in treatment of tuberculosis.* in cui l'azione terapeutica è largamente trattata. Sul contenuto vitaminico, che è assai elevato, circa 250 volte maggiore che nel burro, cfr. il lavoro di S. L. ZILVA e M. MIURA, in Lancet, 12 febbraio 1921. A. FILIPPINI.

Al dott. D. A. M. da T., abb. n. 4354:

Per l'esame microscopico dei sedimenti urinari veda i comuni manuali per esami clinici, p. e. LEHNARTZ: *Chimica e microscopia al letto dell'ammalato.* Il noto Atlante del Rieder è esaurito. *fil.*

VARIA

Medici omicidi.

Che i medici siano spesso ritenuti responsabili della morte dei malati che hanno in cura è ben noto. È opinione molto diffusa specie nelle classi incolte che la causa del decesso è dovuta all'ignoranza o alla negligenza del medico. E gli epigrammi, i motti di spirito che fin dai più antichi tempi hanno al riguardo colpito l'arte sanitaria son tanti, che riuscirebbe troppo lungo elencarli. In ogni tempo ed in ogni luogo ai medici è stata attribuita più volentieri una capacità omicida, che la virtù di ridare la salute. Gli uomini hanno sempre preferito di dovere essere grati per il recupero della salute, ad esseri soprannaturali, verso i quali è men grave assolvere il debito di riconoscenza, ed incolpare invece i medici delle loro disavventure fisiologiche, come quelli che offrono un bersaglio più visibile e meno pericoloso. La frase di Montaigne, « Le soleil éclaire les succès des médecines et la terre couvre leurs fautes », ha solo un acre sapore di ostilità, ma non risponde a verità o per lo meno non sempre. Le vangate di terra che si gettano nelle fosse funebri seppelliscono ingiustamente e troppo spesso anche il prestigio e la tranquillità di un medico.

Certo i medici possono uccidere perchè possono sbagliare. Ma fortunatamente i loro errori non sono capaci sempre di conseguenze fatali, allo stesso modo che, purtroppo, la giusta diagnosi e la adatta terapia non sempre conduce all'esito felice.

La medicina moderna, ed in ciò si differenzia dall'antica, tende innanzi tutto a non nuocere. *Primum non nocere.* Perciò la diffamazione sistematica della medicina e dei medici se una volta poteva essere giustificata, oggi non ha ragione d'essere.

In effetti la capacità omicida dei medici, beninteso quella involontaria dovuta ad errori diagnostici o a difetto di metodo terapeutico, va sempre più riducendosi. Il senso di responsabilità del medico si va sempre più affinando, come si vanno facendo sempre più prudenti, più precisi, più rigidamente scientifici i mezzi terapeutici.

La leggenda che il medico rimanga indifferente, insensibile ai danni prodotti dai suoi errori appartiene oramai al passato. Le loro sofferenze intime sono ben più gravi di quelle che può comminare qualsiasi codice penale.

Fusco ricorda che vi sono stati medici che non hanno atteso il giudizio degli uomini, che forse non li avrebbe raggiunti, e hanno fatto da sè giustizia della loro negligenza.

Un chirurgo russo, Kolomnine, dovendo operare di raschiamento al retto una donna pensò di rendere insensibile la parete mucosa con la cocaina, che allora entrava nell'armamentario terapeutico. Dopo avere consultato libri e riviste ed anche un collega farmacologo iniettò nel retto un grammo e mezzo di cocaina. Ben presto comparvero i sintomi di avvelenamento e l'ammalata morì. L'autopsia confermò che la morte era dovuta ad avvelenamento da cocaina e per di più dimostrò che non esisteva la malattia diagnosticata. Tutto ciò impressionò talmente il Kolomnine da spingerlo al suicidio.

Nel 1848 Spitzer, medico viennese, chiamato a curare una ragazza sofferente di geloni alle dita prescrisse pennellature di collodio iodato. Un dito andò in gangrena e la famiglia della ragazza citò lo Spitzer in Tribunale, che lo condannò al risarcimento di danni, ad una multa ed alla perdita del diritto di esercitare. Più tardi, quando l'ingiustizia di questa sentenza fu riconosciuta, lo Spitzer si uccise annegandosi nel Danubio.

La signorina Eleneff, medico dell'asilo dei bambini di Nyni, ordinò l'applicazione di bottiglie calde ad un neonato prematuro. La morte fu attribuita a scottature e la signorina Eleneff ritenendosi responsabile di negligenza e di difetto di sorveglianza, si uccise. L'autopsia del bambino dimostrava che era morto non per le scottature ma per atrepsia.

Il dottor Lascul, di Bukarest, operò un bambino affetto da difterite in istato di soffocamento. L'operazione andò male. Il piccolo bambino morì. Il medico incominciò ad accusarsi di essere stato l'assassino. Scrisse rapidamente un biglietto, lo depose sotto il calamaio, e chiese un bicchier d'acqua alla madre. Mentre questa si allontanava udì un colpo di rivoltella e tornata subito indietro, trovò il dottore moribondo: si era esploso un colpo alla tempia. Il biglietto diceva: « Perdonate ad un giovane dottore il suo errore involontario, che vi priva del vostro bambino ».

Le pene dei medici non sono conosciute. Non li affliggono solo le preoccupazioni per la sorte dei malati loro affidati, ma li tormentano i dubbi, i soli dubbi di errori o di omissioni, dubbi che sono tanto più tormentosi quanto più manca il conforto del consiglio, ed anche quando manca ogni controllo. I medici condotti ne sanno qualche cosa.

Dr.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Regolamento sugli stupefacenti.

La *Gazzetta Ufficiale*, n. 288, dell'8 dicembre u. s. pubblicava il Regolamento (9 novembre 1923, n. 2534) per l'esecuzione della Legge 17 febbraio 1923, n. 396, per la repressione dell'abusivo commercio di sostanze velenose aventi azione stupefacente. Ne stralciamo gli articoli che interessano i medici.

Art. 27. — Salve le disposizioni dell'art. 30, le prescrizioni sanitarie che comprendono una o più delle sostanze indicate nell'annessa tabella A), o preparati contenenti le sostanze stesse in dosi superiori alle minime dalla tabella medesima stabilite, debbono essere redatte in conformità delle norme dell'art. 15 della legge 18 febbraio 1923, n. 396, e dell'art. 48, del Regolamento 13 luglio 1914, n. 829, e portare inoltre la data e l'indicazione dell'uso specifico del medicinale prescritto. Le prescrizioni di cui al precedente comma devono essere trattenute dal farmacista che le spedisce, al quale è fatto divieto di darne copia all'acquirente. Dall'obbligo dell'indicazione dell'uso specifico del medicinale prescritto sono esenti le prescrizioni ad uso collettivo di istituti di cura, purchè siano muniti del visto del direttore dell'istituto il quale assume la responsabilità della somministrazione.

Art. 28. — Le prescrizioni di cui l'articolo precedente sono valide soltanto per una spedizione e per il quantitativo di esse indicate, a meno che la ripetizione non sia tassativamente prescritta dal sanitario con la determinazione del numero massimo delle spedizioni e dell'intervallo tra una spedizione e l'altra.

Art. 29. — Le prescrizioni sanitarie ad uso di ambulatori debbono essere redatte in conformità del primo comma dell'art. 27 ed essere accompagnate da una dichiarazione del direttore dell'ambulatorio dalla quale risulti che le sostanze sono destinate all'ambulatorio medesimo e che egli si assume la responsabilità dell'uso.

Art. 30. — Nei casi di urgenza i farmacisti sono autorizzati alla somministrazione di preparazioni farmaceutiche officinali che contengono sostanze in oggetto purchè queste siano in quantità non superiore a quella massima stabilita per ogni dose nella colonna prima della Tabella XII della Farmacopea Ufficiale. Tutte le predette somministrazioni sono fatte sotto la personale responsabilità del farmacista, il quale è tenuto ad accertarsi dell'urgenza del caso e che il medicinale sarà impiegato a scopo terapeutico e deve riportarlo nel registro copia ricette con l'indicazione del nome, cognome e domicilio dell'acquirente.

Art. 39. — Ai contravventori si applicano le pene di cui all'art. 1 della Legge 28 febbraio 1923, n. 396.

Elenco delle sostanze tossiche aventi azione stupefacente (art. 12 della Legge 18 febbraio 1923, n. 396).

1. Oppio grezzo, sia in polvere o granulare o mescolato con materie neutre.
2. Oppio officinale, sia in polvere o granulare o mescolato con materie neutre.
3. Estratto in oppio molle e secco.
4. Estratto in oppio polvere, cloridrato degli alcaloidi grezzi (pantopon e similari).
5. Morfina narcotica e gli altri alcaloidi dell'oppio (eccetto la codeina, la narceina, la papaverina, la tebaina e la dionina) sali e derivati.
6. Le preparazioni officinali e non officinali dell'oppio (escluso il laudano) compresi i rimedi detti antiodium contenenti morfina in proporzione superiore al 0.20 %.
7. Eroina o diacetilmorfina cloridrato e sue preparazioni contenenti più del 0.10 per cento di eroina.
8. Peronina o benzoilmorfina cloridrato e sue preparazioni contenenti più del 0.10 % di peronina.
9. Foglie di coca (Erytroxilon coca, Lam, Perù, Bolivia) e varietà Burk (Giava).
10. Estratto di coca idroalcoolico e fluido.
11. Cocaina o metilbenzoilecgonina e gli altri alcaloidi delle foglie di coca, loro sali e derivati, nonchè le altre preparazioni officinali e non officinali contenenti cocaina in proporzione superiori al 0.10 per cento.
12. Ecgonina prodotto base per la preparazione industriale della cocaina e di altri prodotti sintetici aventi azione stupefacente.
13. Canape (Cannabis sativa L. var. indica).
14. Estratto di canape indiana idroalcoolico.

Annotazioni: *a*) La codeina, la narceina, la papaverina, la tebaina e la dionina nonchè i loro sali o derivati e le preparazioni contenenti più del 0.10 % dei detti prodotti sono compresi nella presente tabella ai soli effetti dell'osservanza delle disposizioni del Regolamento che si riferiscono alla importanza e all'esportazione.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

b) Le preparazioni officinali e non officinali contenenti un equivalente in morfina in proporzione inferiore al 0.20 % o un equivalente in eroina, peronina e cocaina in proporzione inferiore al 0.10 per cento non sono soggette alle disposizioni del presente Regolamento.

La seconda fase del potere eccezionale per la revisione degli organici.

Il termine di quattro mesi stabilito dall'articolo 2 del R. D. 24 settembre 1923, n. 2073, è scaduto sin dal 12 febbraio 1924, essendo stato pubblicato quel decreto nella *Gazzetta Ufficiale* dell'11 ottobre 1923, n. 239. Sicchè, le amministrazioni degli enti locali non possono più esercitare il potere eccezionale di revisione degli organici, riduzione degli stipendi, dispensa del personale in soprannumero, ecc.

Chiusa così la prima fase, si è iniziata la seconda, che avrà la durata di sei mesi con decorrenza dal 12 febbraio 1924: per essa «nel «caso di inadempimento da parte delle dette «amministrazioni, si *sostituirà* il Prefetto, il «quale, sentito l'Intendente di Finanza, dovrà «compiere la revisione di cui trattasi e dispor- «re le relative dispense».

Presupposto e condizione dell'esercizio del potere surrogatorio del Prefetto è l'inadempimento delle amministrazioni degli enti locali: se queste, bene o male, con effetti più o meno estesi, hanno esercitato il potere ad esse conferito dai decreti 27 maggio e 24 settembre 1923, il Prefetto non può provvedere in sede di *sostituzione*. Egli non esercita un'attribuzione di controllo e di correzione dei *provvedimenti* deliberati dalle amministrazioni degli enti locali — appartenendo questo potere alla Giunta Provinciale amministrativa in sede di tutela — ma può soltanto *sostituirsi* alle amministrazioni competenti qualora queste *non abbiano provveduto*, cioè non abbiano esercitato il potere di revisione.

Contro i provvedimenti del Prefetto è ammesso ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato per incompetenza, violazione di legge ed eccesso di potere — nel senso di sviamento del potere dal fine al quale è preordinato.

Anche per i Prefetti sono efficaci le norme, i criteri e i limiti che già esplicammo largamente per le amministrazioni degli enti locali.

Il nostro ufficio di consulenza, che è un centro di osservazione dell'applicazione delle leggi sanitarie in base alla casistica numerosissima che ad esso è segnalata per delucidazioni e pareri, ha dovuto rilevare purtroppo frequenti casi di eccessi e, talvolta, di vere e proprie aberrazioni. Passioni ed errori, inesatte valutazioni e difetti di comprensione della importanza dei servizi sanitari e degli oneri ad essi inerenti, hanno spesso sviato l'esercizio del potere eccezionalissimo attribuito agli enti locali. La redazione imperfetta dei decreti ha reso possibile l'applicazione agli ordinamenti sanitari di criteri di economia che avrebbero potuto essere giustificati per altri servizi.

Ci risulta che sono stati allontanati medici e chirurgi di alto valore, con danno dell'assistenza sanitaria.

Corretti o non in sede di tutela o di legittimità siffatti errori, non li rileviamo ora, genericamente, per inutile recriminazione, ma per segnalare ai Prefetti la necessità di un uso prudentissimo del potere surrogatorio.

I Prefetti specialmente, per obbligo di gerarchia, devono osservare le istruzioni che furono date dal Ministero dell'Interno per i servizi sanitari.

«La riduzione dei posti — tranne che per i «grossi centri — deve essere fatta previo *ri-* «*goroso accertamento* delle condizioni igieni- «che, topografiche e demografiche dei comuni, «tenendo conto dei vari elementi all'uopo ap- «prezzabili e in particolar modo delle agglo- «merazioni degli abitanti, della distanza dai «centri abitati, dello stato della viabilità dei «Comuni, ecc.

Circa la revisione degli stipendi «occorre te- «ner presenti, oltre le condizioni finanziarie «dell'ente e la *gravosità del servizio sanitario* «*disimpegnato* in ragione del numero degli a- «venti diritto alla cura gratuita e delle con- «dizioni igieniche e sanitarie del Comune, *an-* «*che le difficoltà e i rischi dell'ufficio stesso*, «che, se pure insiti nella *professione stessa*, «*sono sempre maggiori* di quelli degli altri «impiegati degli enti locali, nonchè il titolo «di studio che si richiede per il disimpegno «delle attribuzioni, ecc. ecc.».

Se tutti gli enti locali avessero osservato rigorosamente e con spirito di obbiettività le istruzioni ministeriali, la revisione avrebbe avuto limitata applicazipone e sarebbe stata utile, senza riserve; invece, non sempre si è tenuto conto delle esigenze dell'assistenza sanitaria e della vigilanza igienica e dei diritti del personale sanitario.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Una protesta delle dottoresse in medicina.

L'Associazione Nazionale delle Dottoresse in Medicina e Chirurgia ha presentato a S. E. il Ministro dell'Interno (Direzione generale dell'Amministrazione civile e Direzione generale di Sanità), un ordine del giorno con cui:

presa visione del bando di concorso in data 22 gennaio 1924 emanato dagli Ospedali Riuniti di Arezzo per tre posti di primario medico e pediatra, aiuto chirurgo e medico chirurgo assistente;

richiama l'attenzione sul capoverso in cui è detto che il concorso ai posti suddetti è riservato ai soli uomini.

L'Associazione, non comprendendo in base a quale principio vengano dal concorso stesso escluse le donne, anche se abbiano tutti i requisiti richiesti per parteciparvi;

ritenendo essere tale esclusione contraria alla vigente legislazione italiana, la quale non fa distinzione di sesso per chi abbia conseguito la laurea di Dottore in Medicina e Chirurgia, ed inoltre (art. 7 della legge 19 luglio 1919, n. 1176) ammette le donne a pari titolo degli uomini ad esercitare tutte le professioni ed a coprire tutti gli impieghi pubblici ad eccezione di quelli tassativamente enunciati nel Regolamento 4 gennaio 1920, n. 39, tra i quali non è compreso l'ufficio di medico-chirurgo negli Ospedali;

denunzia la manifesta illegalità del bando suddetto e chiede ch'esso sia annullato.

Nuovi Consigli degli Ordini.

GROSSETO. — *Presidente*: prof. Cignozzi Oreste; *segretario*: Marzano Pasquale; *tesoriere*: Menoni Carlo; *consiglieri*: Mareschi Cesare Leonardo, Verrelli Rocco, Musotto Antonio, Zeppini Ugolino.

LECCE. — *Presidente:* dott. Vernazza Giovanni; *segretario*: dott. Loffreda Riccardo; *tesoriere*: dott. Cota Francesco; *consiglieri*: dott. Monticelli Antonio, Lucrezio Tommaso, Majorano Pietro, Vodacca Giuseppe, Cosma Antonio.

MASSA CARRARA. — *Presidente*: prof. Francini Metello; *segretario*: dott. Rossi Lodovico; *tesoriere*: dott. Querini Enrico; *consiglieri*: dott. Gianfranchi Amerigo, dott. Strinchini Ettore, Finzi Ferruccio, Giampaoli Giuseppe.

MESSINA. — *Presidente*: prof. De Gaetani Luigi; *segretario*: dott. Cassata Letterio; *tesoriere*: dott. Cordaro Vincenzo; *consiglieri*: prof. Lombardo Paolo, dott. Cocito Carlo Francesco, Tomaselli Giovanni, Caminiti Vinci Giovanni.

MODENA. — *Presidente*: dott. Bocchi Alfredo; *consigliere anziano*: prof. Tarozzi Giulio; *segretario*: prof. Segrè Mario; *tesoriere*: dott. Giovetti Vittorio; *consiglieri*: dott. Montorsi Lorenzo, Merighi Mario, Bergamini Marco.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra. Corpo d'Armata di Roma.

(*Continuazione; vedi fasc.* 10).

	Lire
Dott. Tesa Domenico, id.	25
Dott. Innocenti Luigi, Campiglia	10
Prof. Leo Eustachio, id.	20
Dott. Pacchini Pietro, id.	20
Dott. Nannicini Giovanni, id.	10
Dott. Viti Alfredo, Abbadia	15
Dott. Cataldi Pasquale, Allumiere	20
Dott. Marchiafava Ettore, Roma	50
Dott. Branchini Adolfo, id.	30
Dott. Gauli Giulio, Frosinone	15
Dott. Bigi Riccardo, Perugia	25
Dott. Pignero Gustavo, Livorno	20
Dott. Zannichelli Vilfredo, Roma	10
Dott. Cividali Carlo, id.	20
Dott. Toscano Giovanni, id.	10
Dott. Postempski Paolo, id.	100
Dott. Orsi Alberto, id.	25
Dott. Steiner Rodolfo, id.	10
Dott. Gullini Luigi, id.	30
Dott. Flamini Mario, id.	10
Dott. Bezi Leonildo, id.	25
Dott. Okle Rodolfo, id.	30
Ten. M. Lo Bianco Domenico	30
S. Ten. M. Barbieri Ermes	30
Dott. Carducci Michele, Roma	25
Dott. Tuntur Giuseppe, id.	50
Dott. Castracane Ismaele, id.	10
Dott. Catanzaro Giovanni, id.	10
Dott. Sacripanti Carlo, Soiana	10
Dott. Pedetta Ercole, Tavernelle	25
Dott. Enderle Carlo, Roma	20
Dott. Ruzzini Giuseppe, id.	10
Dott. Giovalè Silvio, id.	10
Dott. Sesti Arturo, id.	50
Dott. Monaco Umberto, id.	10
Dott. Gigante Nicola, id.	25
Dott. Fossi Edoardo, id.	5
Dott. Giannuzzi Armando, id.	25
Dott. Rodriguez Feliciano, id.	20
Dott. Paolucci Alberto, Bassano di Sutri	15
Prof. Barile Cesare, Roma	50
Dott. Giannini Cesare, id.	20
Dott. Zunino Giovanni, id.	50
Dott. Nelli Luigi, Riotorto Vignola	25
Dott. Stramaccioni Vincenzo, Orvieto	50
Dott. Aterne Alcide, Montefiascone (Roma)	20
Dott. Pacini Umberto, Buti	20
Dott. Nobili Giuseppe, Poggio Moiano	25
Dott. Zeri Paolo, Roma	10
Dott. Barnabai Vincenzo, Civitavecchia	50
Dott. Persichetti Giulio, Roma	20
Dott. Muratori Luigi, id.	5
Dott. La Cava Francesco, id.	20
Dott. Sicilia Francesco, id.	25
Dott. Garega Alessandro, id.	10
Dott. Salvatorelli Francesco, id.	15
Dott. Montalcino Enrico, Livorno	15
Dott. Paoletti Filippo, Sermoneta	20
Dott. Fioretti Ermanno, Roma	10
Dott. Filadoro Pasquale, id.	[illegible]
Prof. Bastianelli Pietro, San Giov. Valdarno	50
Dott. Morais Ottavio, id.	
Dott. Toscano Pasquale, id.	25
Dott. Mazziotti Pietro, id.	10
Dott. Papi Gaetano, id.	10
Dott. Barbato Marcello, id.	10
Dott. Israele Daniel, id.	25
Dott. Marinacci Mario, id.	100
Dott. Superio Renzo, id.	5
Dott. Saladini Raffaele, id.	20
Dott. Tecca Romualdo, id.	15
Dott. Pozzi Romolo, Terracina (Roma)	10
Dott. Santucci Aleardo, Monte Varchi	30

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AREZZO. *RR. Spedali Riuniti.* — Alle ore 12 del 10 apr., primario medico e pediatra; nomina per un sessennio in via di esperim.; L. 8000 e aum. periodici, annessa indenn. c.-v. Tassa di L. 50. Quinquennio di medico primario in ospedale import. o di aiuto di Clinica o di Reparto Medico di Osped. di città capol. di prov. (Nel bando — per un solo dei tre posti già messi a concorso — non è più stabilita nessuna restrizione inerente al sesso dei candidati).

ARGENTA (*Ferrara*). — Scad. 20 mar., per Ospitale e Tragetto; L. 10,000 stip.; L. 3000 indennità complementare. Chiedere avviso e chiarimenti alla Segret. comun.

BRESCIA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Medico direttore. Proroga alle ore 18 del 31 marzo.

CASTEL DI CASIO (*Bologna*). — Scad. 25 marzo. L. 7000 stip.; L. 1500 cavalc.; L. 2500 uff. san.; primo c.-v. Tassa a mezzo cart.-vag. di L. 50,10.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). A tutto il 31 mar., per Morra; L. 6000 e 5 sessenni decimo; L. 2000 cav. Servizio entro 20 g.

COTTANELLO (*Roma*). — A tutto il 20 marzo. Stip. e indennità conglobate L. 10,600. Chiarimenti dalla Segreteria Comunale.

CUNEO. *R. Prefettura.* — Uffic. sanit., medico capo dell'Ufficio d'Igiene del capol.; L. 10,000 e 12 bienni ventesimo; titoli ed esame. Scad. ore 17 del 20 mar. Età lim. 45. Sarà tenuto in particolare conto il diploma di «perito bacteriologico».

FRIGNANO (*Modena*). — Scad. 15 apr. 2ª cond. Stip. L. 8000, indenn. cav. L. 2500. Tassa di L. 50 da versare all'Esattoria.

MALEO (*Milano*). — Scad. 25 mar., L. 11,500 residenza e cura circa 600 pov. (compresi quota complementare, c.-v. e indenn. velocip.); L. 500 all'acquisto della stabilità; 3 quinquenni di L. 650.

MERATE (*Como*). — Scad. 15 apr. L. 5500 p. poveri; da elevarsi a L. 6000 dopo il biennio di p.; tre quinq. di L. 550; se uff. san. L. 500; se servizio ospedal. L. 1000; per mezzo trasp. L. 700. Consor. con Sabbioncello.

RIVAMONTE (*Belluno*). — Scad. 20 mar. Consor. con Volpago. Chiedere condiz. alla Segret.

RO FERRARESE (*Ferrara*). — Al 23 mar. Età lim. 45. Ab. 3500 nelle frazioni Guarda e Alberone. In corso d'approvaz.: L. 10,000 pei pov.; 5 quadrienni decimo; L. 3000 quota supplem.; nello stipendio è compresa l'indenn. mezzi trasp. Eventualm. uff. san. Serv. entro 10 giorni (*sic*).

SORESINA (*Cremona*). — Al 17 mar., 3 condotte; ab. 11,490; L. 7800 e aum. fino al 50 %, c.-v., L. 100 ogni triennio (*sic*) pel serv. carcerario, L. 500 per l'Osped., L. 500 trasp. Tassa di L. 50. Accettaz. entro 5 giorni.

S. VINCENZO VALLE ROVETO (*Aquila*). — Proroga 20 mar.; 1ª zona (in prossimità staz. ferrov.); L. 6000 residenziali; L. 500 uff. san.; L. 2000 cav.

TURI (*Bari*). — Scad. 20 mar. L. 4000 (*sic.*) oltre 4 trienni di L. 800 e 4 di L. 600; obbligo di prestarsi agli abbienti dietro equo compenso.

Gabinetto oculistico moderno, città di Verona, cedesi buone condizioni. Rivolgersi dott. E. Tassoni, Cornedo (Vicenza).

Diffide.

Nuove diffide: Arezzo, a primario degli Ospedali (diffida proclamata dall'Ordine dei Medici della provincia di Arezzo).

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze.* — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna.* — È aperto il concorso al premio Umberto I. Questo premio, di L. 3,500, verrà assegnato, secondo il deliberato del Consiglio Provinciale di Bologna, «alla migliore opera od invenzione ortopedica». A tale concorso possono prendere parte medici italiani e stranieri. Le modalità del concorso e dell'assegnazione del premio sono fissate da apposito regolamento, che sarà inviato a chi ne faccia richiesta. La domanda di concorso dovrà essere rivolta al Presidente dell'Istituto. Il concorso si chiude il 31 dicembre 1924.

ROMA. *Associaz. Ital. per l'Igiene.* — Premi opuscoli di propaganda. Vedi fasc. 50. Proroga 15 maggio 1924.

ROMA. *Associaz. Profess. Dermosifilografi Italiani.* — Premio Locatelli. Vedi fasc. 45 del 1923. Scad. 15 maggio 1924.

ROMA. *R. Clinica Oculistica.* — Premi Cirincione e Cidoni. Vedi fasc. 17 del 1923. Scad. 31 maggio 1924.

ROMA. — *Ministero della Guerra.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

TORINO. *R. Accad. di Medicina.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

VENEZIA. *R. Istituto Veneto.* — Premio Minich. Scad. 31 dic. 1924. Premio Forti. Scad. 31 dic. 1925. Vedi fasc. 40 del 1923.

BORSE DI STUDIO.

MILANO. *Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde.* — Assegno di L. 4000 ad un laureato in medicina sulla Fondazione Vittorio Em. II. Vedi fasc. 9. Scad. 31 mar. 1924.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Giuseppe D'Abundo, che dalla cattedra di neuro-patologia e psichiatria di Catania è passato a quella di Napoli in seguito al collocamento a riposo dell'illustre prof. sen. Leonardo Bianchi, ha inaugurato il nuovo corso con una dotta prolusione sui nuovi orizzonti della psichiatria.

Il prof. D'Abundo, che iniziò la sua carriera nella Clinica dove oggi torna come Direttore, è già molto noto come clinico e studioso. Ha al suo attivo numerose ed importanti pubblicazioni. Egli continuerà l'opera del maestro di cui è degno successore.

L'insegnamento della neuropatologia e psichiatria a Catania è stato affidato per incarico al prof. Eugenio Aguglia.

Il dott. Alfredo Conti ha conseguito con brillante risultato la libera docenza in patologia medica nella R. Università di Genova. La sua dissertazione ufficiale «Le linfogranulamatosi maligne», la lezione intorno al «Reumatismo poliarticolare acuto» e la discussione su di un caso clinico di «cirrosi epatica atrofica con ascite» ebbero il più vivo encomio da parte degli illustri esaminatori, sen. Maragliano e proff. Zoia, Livierato, Canalis e Fornaca. Ci congratuliamo con l'egregio neo-docente.

La Facoltà Medica di Parigi ha incaricato i seguenti professori «agrégés» di corsi annessi di clinica, a titolo permanente, fino a che eglino non avranno raggiunto l'età del ritiro: Auvray, Proust, Loeper, Ombrédanne, Chevassu, Rathery, Léri, Schwartz, Terrien, Laignel-Lavastine, Lereboullet.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Frenocomio di Trieste modifica l'ordinamento e la sua denominazione.

La Commissione Reale per l'amministrazione della provincia di Trieste, considerando che la Provincia è subentrata per legge nella proprietà di quel Frenocomio, ritenuto opportuno modificare la istituzione, apportandovi quei cambiamenti che meglio rispondano alle odierne vedute psichiatriche ed alla vera funzione di tali stabilimenti, ha perciò deliberato di denominare il Frenocomio di Trieste «Ospedale Psichiatrico di Trieste, Andrea di Sergio Golatti».

Contemporaneamente ha stabilito che l'Ospedale «Regina Elena» e l'Ospedale della «Maddalena», da esso già dipendenti, abbiano amministrazione autonoma, del tutto separata da quella del Comune.

In onore del prof. Bergesio.

Nella ricorrenza del 50° anno di laurea del prof. comm. Libero Bergesio, direttore sanitario dell'Ospedale femminile Maria Vittoria in Torino, la «Rivista di Ginecologia, Ostetricia, Pediatria e Medicina generale», pubblicata a cura dell'Ospedale suddetto, ha consacrato un ricco e denso fascicolo all'insigne ostetrico-ginecologo, che tanta parte della sua attività ha dedicato all'incremento e al rinnovamento del nosocomio, ove, a fianco del compianto fondatore Giuseppe Berruti, ha profuso i suoi elevati sentimenti di umanità, e che ha portato notevoli contributi ai progressi della specialità con i suoi studi relativi ai rapporti tra gravidanza e organi del respiro, alla terapia locale dell'endometrite cronica, ecc., ecc.

Il fascicolo comprende 15 lavori e contributi vari, oltre a resoconti, recensioni, ecc.; è corredato di figure, di una tavola e della fotografia del festeggiato.

Corso di perfezionamento.

Il 15 marzo si è iniziato nella R. Università di Parma un corso complementare d'igiene pratica per aspiranti ufficiali sanitari; il relativo annunzio ci è stato rimesso troppo tardi per darne notizia in tempo utile.

Nel giornalismo medico.

La «Rivista di Ginecologia, Ostetricia, Pediatria e Medicina generale» di Torino, entrando col 1924 nel suo 19° anno di vita, modifica il suo titolo in «Rivista Medica Subalpina» e viene ad essere notevolmente ampliata, raddoppiando il numero delle pagine e la tiratura.

Auguri.

Gli infortuni sul lavoro durante il 1923.

Durante l'anno 1923 (40° del suo esercizio), la Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli infortuni sul lavoro, per il tramite dei suoi Uffici (Compartimenti, Sedi ed Agenzie) distribuiti in tutto il Regno e nelle Colonie, ha compiuto, fra le principali, le seguenti operazioni:

Per le assicurazioni degli infortuni nelle industrie ha emesso 81,818 nuove polizze assicuranti altri 1,101,620 operai; ha ricevuto 146,630 denuncie di infortunio ed ha pagato L. 64,315,058.16 di indennità per 143,161 casi, di cui 563 di morte ed 8.660 di inabilità permanente.

Per l'assicurazione obbligatoria degli infortuni in agricoltura ha ricevuto la denuncia di 76,155 infortuni ed ha pagato L. 19,948,885.57 di indennità per 81,703 casi, di cui 834 di morte e 5,048 di inabilità permanente.

In totale, durante l'anno 1923, la Cassa Nazionale Infortuni ha ricevuto la denuncia di 222,785 casi di infortunio ed ha pagato L. 84,263,923.73 di indennità.

XVIII Congresso francese di medicina.

Avrà luogo nel 1925 a Nancy. I temi posti all'ordine del giorno sono:

1. *Patologia generale*: «L'acidosi»; relatori: Marcel Labbé (Parigi), K. Petren (Lund), Dautrebande (Bruxelles).

2. *Patologia interna*: «Le angine di petto»; relatori: Gallevardin (Lione), Richon (Nancy).

3. *Terapia*: «Forme cliniche e trattamento delle gangrene polmonari»; relatori: F. Bezançon (Parigi), J. Parisot e L. Caussade (Nancy).

Viaggio di studi medici alle Stazioni termali della Francia.

Il 18° viaggio di studi medici, diretto dai proff. Carnot e Rathery, avrà per mèta quest'anno le stazioni francesi del Mediterraneo, con una punta

in Italia; si svolgerà durante le vacanze di Pasqua, secondo tre itinerari indipendenti (1° Provenza e Costa Azzurra; 2° Pirinei; 3° Corsica; numero rispettivo dei partecipanti 180, 60 e 60; prezzi franchi 450, 450, 400). Per informazioni e iscrizioni rivolgersi al segretario generale, dott. Gerst, 94, Boulevard Flandrin, Paris (XVIme).

Il Clero e l' Igiene.

Il 14 febbraio il prof. A. Sclavo, per invito di S. E. il Cardinale Mistrangelo, iniziò un corso di Igiene presso il Seminario Arcivescovile di Firenze.

Non v'è chi non scorga l'importanza di questa iniziativa, che tanto onora il Cardinale Mistrangelo, perchè il Clero, convenientemente istruito in fatto di Igiene, può rendere, col suo prestigio e con l'opera sua, i più grandi servizi al progresso igienico, vale a dire, al miglioramento sia fisico che morale delle nostre popolazioni.

Siamo lieti di poter aggiungere che l'esempio di Firenze sarà quanto prima seguito in molte altre Diocesi, e sarà dovere nostro di tenere informati i nostri lettori di questo grande e benefico movimento, che si sta compiendo. (Da «*L'Italia Sanitaria*»).

Il 15 febbraio si è spento in Laurino (Salerno) il dott. EMILIO IPPOLITI in ancor giovane età, assalito da inesorabile male dopo aver compiuta una operazione ostetrica.

È un'altra vittima del dovere da inscrivere nel nostro martirologio. S. M.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Ottobre 1923.

MALATTIE	1-7		8-14		15-21		22-28	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	100	413	86	290	91	337	83	342
Scarlattina. .	137	386	125	375	146	404	123	313
Vajuolo e vajoloide . . .	—	—	2	3	—	—	4	4
Tifo addominale . . .	525	1283	448	1129	452	1050	336	757
Difterite e croup . . .	154	258	148	264	182	316	134	221
Meningite cerebro-spinale	3	3	4	6	6	6	4	4
Dissenteria	33	77	21	59	18	37	10	19

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica, nessuna denunzia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 26 gen. — I. M. Agramut. I sali di magnesio nelle sindromi coreiche.

Wien. Klin. Woch., 24 gen. — G. Schwartz. Fenomeni radio-biologici. — E. Herzig. Trattamento malarico della par. progr.

Clin. Pediatr., dic. — E. Mensi. Refrattometria sieroematica e allergia tubercolinica nei bambini sifilit.

Paris Méd., 26 gen. — Delherm e Savignac. Ragade anale sfinteralgica.

Spitalul, dic. — P. Caplescu. Anemia da tricocefali.

Revue Tunis. des Sc. Méd., dic. — Raméry. Compressione midollare da cisti idatiche del corpo della 9ª vert. dors.

Studium, 20 gen. — A. Cardarelli. Angioma della dura m. con eros. dell'osso front. — G. Zuccardi. Termometria dell'urina.

Presse Méd., 30 gen. — H. Claude, R. Targorolo e D. Santonoise. La fase pre-sintomatica della paral. g.

Riforma Med., 28 gen. — G. D'Abundo. Il momento attuale della Clinica neuropatologica e psichiatr. — A. De Martini. Funzionalità epatica nei tubercolot.

Revue Méd. Suisse e Rom., genn. — B. Galli-Valerio. La amoblasi.

Giorn. del Med. prat., gen. — G. B. Queirolo. Indicazioni delle acque alcal.

Practitioner, feb. — J. Collie. Trabocchetti medico-legali. — R. T. Williamson. La «neurite» diabetica. — A. T. Rouse. L'asma bronch. e il suo trattamento.

British Med. Journ., 2 feb. — G. Fitzgibbon. La pelvi angusta.

Brazil. Med., 22 dic. — J. G. Santi Anna. Trattamento chirurgico della tbc. polm.

Revue Franç. de Gyn. et d'Obst., 10 dic. — F. Deluca. La glicemia gravidica.

Coltura Stomatol., 1 feb. — A. Montefusco. La stomtatite nel morb. e nella scarlatt. — B. De Vecchis. Tecnica dell'igiene d. bocca. — G. De Paula. Terapia della polpa esposta.

Rev. Españ. de Med. y Cir., gen. — A. Batlles, G. Bertrán De Lis. L'elettrolisi al protargolo nel cancro del collo uterino. — E. Prado Tagle. Autovaccini sensibilizzati col siero dello stesso infermo.

Proc. R. Soc. Med., feb. — Il dolore addom. cron. nelle donne nervose (discuss.). Sprue e «malattia chiara» (discuss.).

Wien. Klin. Woch., 7 feb. — O. Mayer. Patologia dell'otosclerosi.

Brazil Medico, 29 dic. — J. Barbosa. Diversi tipi anatomo-clinici d'insuffic. aortica.

Riv. crit. di Clin. Med., 5 gen. — M. Tinti. Flora batter. del succo duoden. nella calcolosi epat.

Presse Méd., 13 feb. — E. Papin e L. Ambard. Anestesia etilenica.

Speriment., V-VI. — M. MONTAGNANI e D. VANNUCCI. Endotelioma cutaneo multiplo simulante il morbo di Recklinghausen. — M. ARESU. Processi iperplasici del tessuto muscolare liscio. — P. RADAELLI. Moniliasi. — A. AMATO. Etiologia della scarlattina.

Riv. Clin. Pediatr., gen. — C. CISI. Metabolismo basale in pediatr.

Scalpel, 16 feb. — G. BROHÉE. Diagnosi dell'ulc. gastr. e duod.

Minerva Med., 15 feb. — A. BUQUICCHIO. Alterazioni dei tessuti da sali insolubili di merc. e loro rapporti con le elaiopatie.

Morgagni, 3 feb. — O. NUZZI. Sacralizzan. indolente e dolorosa.

Riforma Med., 18 feb. — G. ZAGARI. La clinica, scienza ed arte. — P. TINOZZI. Vaccinoter. autogena d. osteomieliti piogeniche aperte.

Journ. Méd. de Paris, 9 feb. — LUQUET. Suture gastriche e intestinali.

Japan Med. World, 15 nov. — K. OHMORI. Causa e cura del beriberi nel Giapp. — C. UYENO. Pus violescente.

Revue Franç. de Gynéc. et d'Obst., 10 gen. — M. RIVIÈRE e L. DEL VALLE. La prova dell'emoclasi digestiva nel puerp.

Gaz. d. Hôp., 16 feb. — J. TAPIE. Forme anomale del tetano.

Pathologica, 1 feb. — R. RICCIO. Coltura dei tessuti «in vitro». — G. PEZZALI. Funzione aminoacidolitica del fegato.

Ann. di Odontol., gen.-feb. — A. CHIAVARO. Anno di vittoria e nuova êra di progresso per l'odontologia ital.

Journ. des Prat., 16 feb. — HARTMANN. Tuberc. della scapola.

Rev. Méd. del Uruguay, dic. — J. MAY. Trattam. della sifilide iniz.

Pathologica, 15 feb. — G. SOTTI. Ematonoduli cardiaci.

Journ. d. Sc. Méd. de Lille, 17 feb. — D'HALLUIN. La lotta contro il cancro; come organizzarla.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 24 Marzo 1924 Fasc. 12

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

L'arsenobenzolo nella eredo-sifilide e nella sifilide acquisita dei lattanti e della prima infanzia.

Dott. GUIDO ARATA, già assistente volontario nella R. Clinica Dermosifilopatica di Pisa.

La sifilide del bambino, sia essa ereditaria od acquisita, è sempre malattia grave che comporta un'alta mortalità nei primi tempi della vità; ecco quindi la necessità di intervenire rapidamente ed energicamente per cercare di arrestare il corso delle lesioni esistenti che porterebbero inevitabilmente alterazioni irreparabili nell'organismo delicato del neonato.

Con la scoperta dell'arsenobenzolo si credette di aver raggiunto la soluzione del problema, ma Galliot ben presto (1913) affermava che il Salvarsan era inutilizzabile per il trattamento dei lattanti dati i resultati incostanti ottenuti e dato il metodo di somministrazione difficile e non sempre innocuo.

I tentativi, fatti in seguito, di somministrazione del medicamento per via intramuscolare non ebbero maggiore fortuna, infatti furono osservati casi di morte, intolleranze, suppurazioni, indurimenti, necrosi. I lavaggi con soluzione laudanizzata di arsenobenzolo (Morel-Weil-Mouriquand); i suppositori a base di arsenicale (Bogroy); la somministrazione indiretta del medicamento mediante il trattamento materno o mediante latte contenente

l'arsenobenzolo (Jenselme) furono tutti tentativi che naufragarono l'uno dopo l'altro per la incostanza dei resultati e per la loro debole efficacia.

L'unica via di somministrazione degli arsenobenzoli con la quale si venivano ad ottenere ottimi resultati e che è assai in uso presso i reparti specializzati fu l'endovenosa (iniezione nelle vene giugulari ed epicraniche).

Ma anche questo metodo porta con sè varii inconvenienti:

1) Necessità di aggredire il circolo venoso che nel bambino comporta delle difficoltà non indiffeernti: grande abilità dunque dell'operatore e degli assistenti.

2) Verificarsi di gravi intolleranze dovute al rapido assorbimento e contro le quali difficilmente il medico può premunirsi o può prevedere.

Sembrava quindi che la terapia arsenicale del neonato sifilitico dovesse essere riserbata ai soli «casi speciali» e al solo specialista e non dovesse entrare nell'uso pratico comune.

Beauxis-Lagrave studiando il problema consigliò le iniezioni di Novarsenobenzolo in soluzione glucosata.

Fu questo l'inizio di nuove ricerche; il metodo dette infatti ottimi resultati: indolorabilità della iniezione, azione veramente attiva. Ma perchè la terapia arsenobenzolica potesse essere accettata bisognava ancora eliminare degli inconvenienti presentati dalla formula di Beauxis-Lagrave (difficoltà di preparare la soluzione, presenza di stovaina in essa, necessità della iniezione intramuscolare) bisognava insomma possedere un arsenobenzolo di facile manipolazione, di dosaggio pronto per la terapia infantile, e che potesse essere iniettato ipodermicamente senza presentare gli inconvenienti, a volte gravi, incontrati in tutte le prove fatte.

Il sale di sodio dell'etere solforoso acido del metilolamino-arsenofenolo (Sulfarsenol) tra i moltissimi arsenobenzoli è quello che risolve e semplifica tutte le difficoltà sopraddette. Di incontrastabile azione curativa oltre alla proprietà di poter essere somministrato per qualunque via (endovenosa, intramuscolare, sottocutanea) è di una tolleranza massima.

Il Sulfarsenol è in polvere giallo chiaro racchiusa in fiale ove è possibile preparare direttamente la soluzione ed in dosi pronte per la terapia infantile e cioè:

gr. 0,005 - gr. 0,01 - gr. 0,01 ½ - gr. 0,02 - gr. 0,03.

Preparazione delle soluzioni. — La soluzione deve essere praparata al momento dell'uso. Si aspira in una siringa da cmc. due sterilizzata il quantitativo sufficiente di acqua distillata sterilizzata tenendo conto che 1 c. c. è sufficiente per 6 centgr. di medicamento e si inietta con forza sopra la polvere raccolta sul fondo della fiala.

La soluzione è quasi istantanea e pronta per essere somministrata; deve avere un colore giallo paglierino.

Iniezioni. — Le iniezioni debbono essere eseguite nelle regioni ove la cute si presenta facilmente elevabile, preferibilmente quindi nei fianchi o sulla parete laterale del torace.

La disinfezione della parte viene fatta con alcool; l'ago della siringa deve essere di calibro piccolo e l'iniezione spinta assai rapidamente badando che essa venga piazzata tutta nel tessuto sottocutaneo e non nel derma ove essa darebbe vivo dolore.

Posologia e schema di trattamento. — Le dosi da iniettare variano a seconda dell'età e del peso del paziente.

È necessario tuttavia iniziare i trattamenti con dosi minime onde saggiare la tolleranza individuale, quindi innalzare rapidamente e gradatamente le dosi sino a raggiungere il massimo di 1 ctgr. ½ per ogni chilogrammo di peso.

Il trattamento deve comprendere da 6 ad 8 iniezioni a seconda dei casi, separate le une dalle altre per un periodo di 4-7 giorni a seconda della dose iniettata. I trattamenti debbono essere ripetuti almeno ogni 40-60 giorni oppure sostituito con cure mercuriali appena ottenuta la scomparsa delle manifestazioni contagiose.

Un ottimo schema di cura è quello indicato dal Giraud:

Iniezioni	Dosi	Peso
1 ogni tre giorni	0,005	3,800
2 » » »	0,01	
3 » » »	0,02	
4 » » »	0,03	3,880
5 ogni sei giorni	0,04	3,960
6 » » »	0,05	
7 » » »	0,06	4,000
8 » » »	0,06	
9 » » »	0,06	
10 » » »	0,06	4,040

Tolleranza locale, generale, azione. — Il trattamento è tollerato perfettamente sia dal lato locale che dal generale. Il bambino si calma appena eseguita l'iniezione e l'assorbimento assai rapido non lascia generalmente traccia. Lo stato generale va rapidamente migliorando, cresce il senso dell'appetito e le manifestazioni in atto sono influenzate già -

dalla prima iniezione; in genere dopo la terza esse sono completamente riparate e qualche volta scomparse completamente.

Si osservano frequentemente reazioni di Herxheimer intense con elevazione termica ed aumento delle lesioni in atto ma in nessun caso sono stati deplorati accidenti.

La breve casistica sotto riportata riguarda lattanti eredo-sifilitici e lattanti affetti da sifilide acquisita nei quali il trattamento arsenicale dimostra come oggi esso debba prendersi in considerazione e come esso debba essere adoperato su larga scala, per combattere rapidamente una malattia che, oltre a portare una alta mortalità nei primi tempi della vita, ha una delle più grandi importanze del punto di vista sociale.

Casistica. — C. A. di mesi 2 ½ — bambino del peso di Kgr. 2,800.

R. W. praticata alla madre (+ + + +) (sifilide ignorata).

Il piccolo paziente si presenta fortemente deperito, cachettico, faccia di aspetto senile. Dal naso scola muco siero purulento così pure dall'orificio auricolare; addome meteorico, fegato e milza aumentati di volume; feci liquide e di color verdastro.

Insonnia, pianto continuo, voce rauca.

Disseminato su tutto il corpo si osserva un sifiloderma papuloso ad elementi piatti, rotondeggianti della grandezza di 3-4 mm. di color rosso cupo ed in alcuni punti erosi (placche mucose cutanee). Alle pieghe naturali (natiche, coscie, retroauricolari) presenza di ragadi: alle estremità inferiori, impiantate su zone infiammatorie, presenza di vescicole della grandezza di un pisello ripiene di liquido siero-ematico.

Es. per il treponema = (+).

3 maggio: gr. 0,005 di Sulfarsenol in mezzo cmc. di acqua distillata.

6 maggio: gr. 0,01 di Sulfarsenol in mezzo cmc. di acqua distillata; lo scolo del naso e dal condotto uditivo è cessato, le sono ragadi cicatrizzate; il sifiloderma ha subito variazione nel colore (roseo); le forme umide tendono alla riparazione.

Es. per il treponema = (—).

9 maggio: gr. 0,01 ½.

14 maggio: gr. 0,01 ½. Le lesioni cutanee sono riparate; permangono ancora i disturbi gastroenterici.

20 maggio: gr. 0,02; miglioramento delle funzioni intestinali.

26 maggio: gr. 0,02.

3 giugno: gr. 0,02: aumento del peso gr. 610.

Viene sospeso il trattamento arsenicale (totale ctgr. 10,5) e sostituito con frizioni mercuriali.

D. E. di mesi tre: bambino del peso di Kgr. 4,700. Madre affetta da sifilide da circa due anni. Il piccolo paziente presenta un sifiloderma papuloso ad elementi rotondi di color rosso cupo, rilevati sul piano cutaneo e circoscritti alle regioni genitale e perineale. Agli arti inferiori presenta alcune bolle della grandezza di 4-8 mm. ripiene di sierosità ematica, hanno base leggermente arrossata.

Fegato aumentato di volume. Non si notano disturbi intestinali.

13 giugno: gr. 0,005.

15 giugno: gr. 0,01.

18 giugno: gr. 0,01 ½. Sifiloderma impallidito, le lesioni bollose sono in via di cicatrizzazione.

21 giugno: gr. 0,02. Guarigione delle lesioni.

26 giugno: gr. 0,03.

2 luglio: gr. 0,06.

9 luglio: gr. 0,06.

16 luglio: gr. 0,06.

Totale di Sulfarsenol iniettato (ctgr. 26) aumento nel peso gr. 720.

G. G. di mesi tre: bambina normale, ben nutrita. Kgr. 5,000. Presenta alla palpebra inferiore dell'occhio sinistro una erosione circolare della grandezza di ½ cm. a base infiltrata. L'esame dell'occhio si fa con difficoltà per l'edema palpebrale esistente.

Notasi ingorgo delle ghiandole preauricolari e cervicali di sinistra.

Es. per il treponema (+).

Diagnosi: sifiloma iniziale.

Esaminata la madre si riscontrano placche mucose orali.

Evidentemente la bambina è stata infettata per contagio diretto.

6 ottobre: gr. 0,005.

8 ottobre: gr. 0,01 ½. Il treponema è scomparso dalla lesione, l'edema palpebrale è assai diminuito.

12 ottobre: gr. 0,02. Lesione cicatrizzata; rimane ancora un leggiero infiltrato; l'ingorgo ghiandulare è diminuito.

17 ottobre: gr. 0,03.

22 ottobre: gr. 0,06 persiste ancora l'ingorgo glandulare.

27 ottobre: gr. 0,06.

2 novembre: gr. 0,06.

Alla bambina viene dato un periodo di riposo di venti giorni e quindi sottoposta a frizioni mercuriali.

È opportuno riportare anche i due casi seguenti che, pur non presentando manifestazioni in atto tuttavia provano come l'arsenoterapia sia bene sopportata nei bambini con resultati soddisfacenti sulla R. W.

G. E. e E. E., fratello e sorella, l'uno di anni quattro, l'altra di anni sei. Sviluppo normale, nessuna caratteristica di eredo-sifilide, nessuna lesione evidente.

La madre, affetta da lue, racconta di aver trattato i bambini con mercurio per frizioni e per via orale avendo ambedue avuto alcuni anni prima manifestazioni cutanee.

R. W. eseguita sul siero di sangue della madre e dei bambini risultò per tutti (+ + + +).

I due bambini furono sottoposti a due cicli di cura con iniezioni sottocutanee, separati l'uno dall'altro da un periodo di un mese ed iniziando con dosi di ctgr. 1 ½ ed aumentando ad un massimo di ctgr. 12 e per un totale di ctgr. 26 ½ per l'uno e ctgr. 33 ½ per l'altra.

Al termine del secondo trattamento, tollerati da ambedue perfettamente, la R. W. dette risultato negativo.

Dall'esame dei fatti e dai resultati ottenuti è utile trarre alcune conclusioni sopra il trattamento arsenicale della eredo-sifilide e della sifilide acquisita del bambino.

1) L'arsenoterapia nelle manifestazioni della sifilide dei lattanti ha evidentemente una azione riparatrice rapidissima con benigna influenza sullo stato generale dell'infermo.

2) La via sottocutanea è la unica che si presti per il trattamento arsenicale della infezione luetica della prima età.

3) Il Sulfarsenol, quale prodotto della serie arsenobenzolica, per le sue proprietà e per il suo dosaggio speciale è il medicamento tipo per il trattamento intenso della lue infantile.

4) La tolleranza a tale trattamento è stata sempre perfetta e mai si è osservato alcun fenomeno tossico; tuttavia il dosaggio del medicamento deve essere accurato e deve essere rispettata la dose massima di tolleranza che viene indicata dal peso del paziente (1-1 ½ ctgr. per ogni chilo di peso).

5) L'azione riparatrice rapida, le modificazioni della R. W., la facilità di preparazione delle soluzioni, il metodo di somministrazione sono ragioni sufficienti a che l'arsenoterapia della sifilide infantile debba rapidamente prendere sviluppo ed entrare finalmente nella pratica corrente con grande beneficio per l'avvenire dei piccoli pazienti e per l'importanza che essa presenta dal punto di vista sociale.

BIBLIOGRAFIA.

BLECHMANN. *Le traitement de la Syphilis héréditaire par les sels d'Ehrlich.* Nourisson. Paris 1913.

ID. *Le traitement de la Syphilis héréditaire par les injections intraveineuses de 914.* Bull. Soc. Franç. de Dermatologie et Syphilografie. Paris 1914, t. XXV.

GALLIOT. *La Syphilis de l'enfant et son traitement par le Salvarsan.* Arch. de méd. des enfants. Paris 1913, XVI.

GIRAUD. *Stérilisation de la Syphilis chez le nouveau-né et le nourisson hérédo-syphilitiques.* Maloine, Paris 1923.

GIRAUD et PINARD. *Traitement de la Syphilis du nourisson.* Soc. de Dermat. et de Syph., 1921, n. 8.

PINARD. *Traitement du nouveau-né hérédosyphilitique.* La médecine, novembre 1921.

PLIQUE. *Le traitement de la Syphilis héréditaire au cours de la première année.* Journ. de Médecine et Chir. pratic., Paris 1915. L. XXXVII.

GOUGEROT. *La Syphilis en Clientèle.* Maloin. Paris.

Pisa, novembre 1923.

Dott. GUIDO ARATA.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. MARIA NUOVA - REGGIO EMILIA
Divisione medica diretta dal prof. A. FURNO.

Sopra un caso di avvelenamento volontario da formalina.

Dott. ERNESTO VERCALLI, assistente effettivo.

Il suicidio a mezzo di formalina è una eventualità piuttosto rara: questa soluzione acquosa di formaldeide ha un odore così ripugnante ed una notorietà così scarsa da parte del grosso pubblico in mezzo al quale più abitualmente si incontrano i suicidi, per cui essa non è prescelta fra i veleni.

Per questo, dunque, nella letteratura medica s'incontrano pochi casi descritti di tale avvelenamento e, perchè son pochi, sono anche tra loro molte volte discordanti nella sintomatologia offerta.

La formalina, soluzione acquosa del gas formaldeide al 35-40 per cento, è un liquido incoloro avente proprietà venefiche; ha spiccato potere riduttore come tutte le aldeidi e penetrato nell'organismo sembra sottrarre ai composti ossigenati l'ossigeno trasformandosi in acido formico. Ha grande affinità per le sostanze albuminoidi; coll'albumina in soluzione si combina in modo da renderla incoagulabile al calore; in dose forte trasforma l'albumina in una massa dura, elastica, insolubile in acqua; aggiunta in proporzione 1:200 e 1:400 al sangue, questo non coagula. Ha azione fortemente caustica anche in soluzioni molto diluite. Per il suo potere battericida è usata come energico disinfettante e in dosi piccolissime è stata usata per la conservazione di sostanze alimentari.

Secondo quanto si riscontra nella disamina dei pochi casi descritti di avvelenamento da formalina, attraverso le pubblicazioni di Penzolt, di Kliiber, di Gerlach, di Zorn, di Levison, ed anche di un italiano, il capitano medico Testi, oltre i fatti irritativi delle vie digerenti, esofago e stomaco, si riscontrerebbero lesioni renali, e sopratutto gravi lesioni del sistema nervoso centrale a carattere paralitico, narcosi, contratture, paralisi respiratoria. Anzi, per alcuni osservatori, negli avvelenati da formalina si avrebbe sopratutto una sindrome nervosa mortale, culminante, con paralisi respiratoria e cardiaca. Avendo avuto occasione di osservare un avvelenato da formalina decesso, ritengo utile, anche per i caratteri clinici coi quali la malattia decorse, di riferirlo, aggiungendo alla scarsa casistica, un caso abbastanza interessante.

Marino C., di anni 42, portalettere di Cadelbosco Sopra (provincia di Reggio Emilia), ammogliato con figli. Il padre e la madre sono viventi e sani. Uno zio paterno fu al manicomio; del resto ai conoscenti e ai vicini la famiglia C. è nota per la stranezza di carattere de' suoi componenti (due nipoti, bambine, sono epilettiche); il paziente ha moglie con due figli, tutti sani.

Nato a termine da parto fisiologico, ebbe allattamento materno; ebbe sviluppo infantile regolare, camminò presto, sofferse i comuni esantemi dell'infanzia, senza subirne serie conseguenze. Frequentò le prime classi elementari dimostrandosi discretamente intelligente. Era piuttosto amante della solitudine, alieno dai chiassi. Prestò servizio militare godendo anche in quel periodo ottima salute. Verso i 25 anni contrasse matrimonio e si dedicò tutto alla famiglia, tanto da essere stimato dai compaesani sia per la sua laboriosità, sia per la nota onestà. Era di carattere piuttosto timido, sensibile, e alquanto sospettoso. In questi ultimi tempi ebbe anche ad esternare ai suoi amici il timore di persecuzione: credeva che tutti lo vedessero di malocchio, che tutti lo giudicassero severamente ed espresse anche qualche proposito suicida.

Il C. non è un forte bevitore, nè fumatore, nè ciccatore. Non ha mai sofferto malattie veneree.

Anamnesi prossima. — Verso la metà dell'aprile dell'anno scorso si recò dal medico del proprio paese, pregandolo di scrivergli una ricetta con una quantità di formalina che gli occorreva per disinfettare un ambiente dove era stato ammalato un suo famigliare. Il medico, nulla sospettando, gli prescrisse 300 grammi di soluzione di formaldeide al 40 per cento.

Il 20 aprile il C. trangugiò tutti i 300 grammi di formalina che possedeva, verso le 5,30 di mattina a stomaco vuoto. Fu tosto preso da violentissimi dolori gastrici, non da vomito, ma da soli conati sterili. Chiamato il medico questi giunse dopo un ora e praticò la lavanda gastrica; il contenuto gastrico giallo-rossastro aveva forte odore di formalina. Inviato in Ospedale fu accolto dal medico di guardia che praticò una seconda lavanda gastrica; questa volta il contenuto stomacale era prettamente sanguigno; quindi fu passato nel reparto di medicina.

Esame obiettivo. — Uomo di costituzione scheletrica regolare; pannicolo adiposo e masse muscolari normalmente sviluppate; apirettico; polso regolare, ritmico, frequente (90 pulsazioni in minuto primo), respiro normale.

Nulla al capo e alla faccia. La bocca è appena ulcerata ed ha colorito biancastro. Il paziente accusa senso di forte bruciore alla faringe e all'esofago. Nulla si rileva ad un esame sistematico del torace (apparato respiratorio e circolatorio).

L'addome è appiattito in uno stato di contrazione e di difesa permanente e dolente spontaneamente alla pressione.

Stomaco. — Il paziente accusa senso di forte dolore all'epigastrio, che si mantiene invariato qualunque sia il decubito; ha frequenti conati di vomito, emettendo poco muco misto a sangue. In corrispondenza della regione gastrica si osserva il ventricolo contratto assumere la forma di un corpo rotondeggiante rilevato; vi si scorgono superficiali onde peristaltiche; alla palpazione è dolentissimo; con la percussione si delimita la grande curva due dita trasverse sopra la cicatrice ombellicale.

L'intestino non presenta alcun fatto obiettivamente importante; nonostante il paziente ha frequenti scariche sanguigne, di sangue quasi puro.

Nulla a carico degli arti. Mobilità e sensibilità integre. Sfinteri continenti.

Esami complementari. — Urine (22 marzo 1922): quantità 600, colorito giallo, aspetto limpido, reazione acida, peso specifico 1021, assenza di ogni componente patologico, nulla di anormale nel sedimento.

Decorso. — Nel primo giorno di degenza, il paziente ebbe violenti conati di vomito, con emissione anche di liquido sanguigno - nel pomeriggio sopravennero scariche alvine di sangue quasi puro - apiressia, agitazione psichica intensa.

Nei giorni 21 e 22 aprile seguirono altre emissioni di sangue, sia col vomito che dagli intestini. E' comparsa qualche linea di temperatura nelle prime ore del pomeriggio.

Il giorno 23 cessarono il vomito e la diarrea. Le condizioni generali sembrarono molto migliorare, il polso invece si fece più frequente (100-120) e la temperatura raggiunse alle volte i 39 gradi. Fu potuto anche nutrire per bocca. L'urina fu emessa in quantità di circa 800 cmc. Esaminata fece rilevare traccie d'albumina, assenza di sangue, qualche cilindro granuloso, ma raro. Si ascoltarono al mattino nell'ambito toracico diffusi rumori a carattere bronchiale. Nel pomeriggio il paziente fu colto improvvisamente da dolore puntorio all'emitorace destro, ma la temperatura non salì subito, solo alle 24 essa fu trovata a 39°. Ad ogni modo, veduto verso le ore 20 del giorno 23 il paziente non presentava alcun fenomeno allarmante, non era dispnoico, non aveva che vivissima tosse senza escreato, tanto che rimase in noi il convincimento dell'iniziato miglioramento. Invece verso mezzanotte con febbre a 39° rapidamente peggiorò. Gli infermieri riferiscono che fu colto da più intensa agitazione psichica, da dispnea e da tosse violenta. Alle ore 6 era morto.

Autopsia (gentilmente seguita dal prof. F. Leoncini, medico legale dell'Università di Parma). — Cadavere di uomo regolarmente conformato, in buone condizioni di nutrizione. Rigidità cadaverica parzialmente scomparsa. Chiazze echimotiche nelle parti declivi del corpo.

Inciso il cadavere e asportato lo sterno, si nota nelle pleure d'ambo i lati scarso liquido leggermente emorragico con stracci di fibrina; recenti essudati fibrinosi alla superficie dei due lobi inferiori polmonari. Nel polmone sinistro edema e congestione diffusa e intensa. Nel lobo inferiore focolai corticali di broncopolmonite, che si estendono anche alla base del lobo superiore. Nel polmone destro gli

stessi fatti ma, in grado un pò meno accentuati. Il cuore è di volume regolare, con miocardio leggermente più pallido del normale, ma senza alterazioni della consistenza. Nessuna speciale alterazione a carico degli apparati valvolari.

Addome. — Niente a carico del peritoneo. Nell'esofago si riscontrano chiazze di iperemia e di sfaldamento della mucosa. Lo stomaco è contratto sopratutto al piloro, vuoto, con pareti ispessite, la mucosa è diffusamente e profondamente necrotizzata, di colorito giallo verdognolo. La necrosi si estende anche agli strati superficiali della mucosa del duodeno, ma già nella porzione discendente di questo la mucosa appare d'aspetto normale. L'intestino mostra la mucosa di colorito pallido e di aspetto normale. Nella cavità sono contenute feci di colorito giallo chiaro, liquide nel tenue e di consistenza polpacea nel crasso.

La milza è piccola, con capsula grinzosa, polpa pallida, con lieve aumento del reticolo connettivale.

Il fegato di dimensioni normali, congesto, di consistenza normale, con chiazze di degenerazione ialina. Nessuna lesione a carico delle vie biliari. Niente a carico del pancreas. Capsule surrenali rammolite per fatti cadaverici.

Reni di volume normale, facilmente scapsulabili, con superfici di sezioni pallide, lucenti, con vasi glomerulari iniettati. Vescica urinaria distesa da urina.

Per la rarità colla quale si presenta l'avvelenamento letale da formalina, per il modo col quale decorse nel caso testè descritto, abbiamo creduto opportuno di pubblicarlo.

I trattatisti e i singoli AA. che si sono occupati di questa forma di avvelenamento ci hanno dato un quadro assai uniforme sintomatologico: bruciore nella bocca, negli occhi, vomito, vertigini, agitazione ansiosa, infine stupore e coma profondo della durata di lunghe ore; disturbi respiratori a carattere dispnoico (44 respiri al minuto), tachicardia, eventualmente aritmia, collasso con temperatura subnormale o lieve rialzo della temperatura. Anuria prolungata, irritazione renale fino alla nefrite a tipo emorragico, desquamativo.

Ora nel caso nostro, che fu pur grave fino ad essere mortale, osservammo meno in vita, di quanto asseriscono i vari osservatori; anzi è veramente interessante rilevare come un avvelenamento con oltre 250 grammi di formalina pura abbia decorso per quattro giorni con una relativa mitezza, per poi aversi con tanta rapidità l'esito mortale, svolgendosi i fatti terminali nelle brevi ore dalle 20 alle 6 del mattino. Ed importante è confrontare i reperti anatomo-patologici con quanto clinicamente constatammo.

A parte il primo periodo dell'avvelenamento in cui si ebbe il quadro consueto delle intossicazioni gravi per os, cioè il vomito e la diarrea ematica, bisogna convenire che la sintomatologia successiva fu assai scarsa.

Il malato fu apiretico, con polso buono, respiro regolare e normale coll'emissione scarsa di orina, ma che poteva ben giustificarsi con le emissioni di liquido per le vie digerenti e con la limitatissima introduzione di liquidi, le urine erano ad ogni modo non patologiche.

L'agitazione nervosa, che tutti gli autori definiscono imponentissima negli avvelenati da formalina, in C. fu quale si può immaginare esistere in un individuo che si è spinto sino al suicidio; ma nessun fenomeno psichico saliente e peculiare, non delirio, non fenomeni allucinatorii, tanto meno alcun segno di compromissione organica dei centri nervosi.

La funzione renale, solo il giorno 23 si alterò, ma lievemente, per la comparsa nelle urine di traccia di albumina, con qualche cilindro granuloso. Potremmo, riassumendo, dire che le condizioni del nostro suicida erano quelle di un gastro-enterico acuto. Quando lo stato generale dell'infermo sembrava avviarsi a miglioramento, sopravvenne una complicanza polmonare che nessuno poteva prevedere, la quale in brevi ore lo uccise: ed in questo sta il massimo interesse del caso.

Al tavolo anatomico, noi avemmo la conferma di quanto avevamo clinicamente constatato; anzi a carico dell'apparato digerente trovammo le alterazioni circoscritte al solo stomaco e al primissimo tratto del duodeno, fatto importante e interessante che avemmo anche ragione di controllare sperimentalmente in conigli sottoposti ad ingestione di alcuni centimetri cubici di formalina. Tale soluzione di formaldeide provoca nell'antro pilorico uno spasmo così notevole, da impedire assolutamente la diffusione della fortissima sostanza caustica nell'intestino; infatti tanto nel nostro caso, come in alcuni conigli da noi avvelenati, all'autopsia si trovarono fenomeni di intensissima necrosi della mucosa gastrica con fatti emorragici, ma l'intestino normalissimo, colorito e integro nelle sue tuniche, e giova ricordare che se nell'uomo ciò potrebbe interpretarsi come un risultato della lavanda tempestivamente eseguita, nei conigli tale fatto non può essere invocato, perchè morirono poche ore dopo, avendo solo vomitato. Da ciò si deduce che l'avvelenamento da formalina per os limita la superficie di assorbimento del tossico solo allo stomaco, assorbimento che avviene perciò rapidissimamente.

Ma il caso che noi osservammo presenta un interesse grandissimo per il modo col quale decorse e finì e per altre constatazioni anatomo-patologiche.

Il C. morì rapidamente in preda a fenomeni morbosi a carico dell'apparato respiratorio: noi non potemmo stabilire in vita che esso fosse stato colto da una broncopolmonite, perchè ce ne mancarono i segni e il tempo per esaminarli; la broncopolmonite bilaterale constatata al tavolo anatomico, è la pleurite concomitante a tipo siero-fibrinoso emorragico furono, lo confessiamo, un reperto inaspettato. Infatti fino alla vigilia della morte il C. presentò appena qualche rumore bronchiale diffuso, senza febbre; nel pomeriggio del 23 la temperatura si elevò di poco e si presentò un dolore puntorio a destra e solo nella notte, poche ore prima di morire, quando noi non potevamo salvarlo, la febbre salì fino a 39° e la dispnea si fece intensa. Tutto considerato questo processo bronco-polmonare riscontrato all'autopsia non poteva avere che 18-20 ore di tempo e costituisce un decorso senza dubbio ben strano tanto da doverlo prendere in attenta considerazione per vedere se non presenti un carattere di peculiare interesse per la nostra casistica.

Vicino a questo fatto si deve mettere in rilievo la pochezza delle alterazioni renali, le quali, anche se ad un esame istologico, che ci è mancato, dovessero essere risultate maggiori che non le macroscopiche, non avrebbero di certo dovuto essere di molto gravi, dopo la constatazione di una minima albuminuria e cilindruria. Su tutto ciò insistiamo perchè questa osservazione clinica presenta un sicuro valore rispetto a quello che è il problema della eliminazione della formalina introdotta per via orale nell'organismo, e che costituisce il quesito più attraente di questo capitolo di medicina.

Poichè dunque l'eliminazione per via intestinale non può essere stata molta, nè per via renale, donde si liberò l'organismo di questa sostanza venefica certamente passata nel sangue? La questione, come si vede, non è più soltanto clinica, ma assurge ad importanza patogenetica, sperimentale e richiama sul tappeto le discussioni che sono state fatte sulla eliminazione dell'aldeide formica dall'organismo animale.

Che io mi sappia intorno a questo problema non esistono altri lavori all'infuori di quelli che risalgono a 20 anni or sono del Perrando, del Filippi figlio, del Motolese, del Giannelli, il quale ultimo provocò a sua volta una bella risposta dello stesso Filippi.

Il Perrando, in un accuratissimo lavoro sulla sorte della formaldeide nell'organismo degli animali ai quali iniettava sotto cute o per via endovenosa, o somministrava per bocca formalina del commercio, «pur accettando il fatto della possibilità della permanenza in circolo dell'aldeide formica senza che subisca alterazioni, e pur accettando la possibilità della sua eliminazione per l'intestino e per i reni» volle studiare se, come avviene per l'aldeide etilica (Albertoni) e l'etere, essa si eliminasse dalla superficie polmonare. Egli, valendosi per le ricerche delle reazioni di Lieben, di Legal, della riduzione del nitrato d'argento ammoniacale, della soluzione di rosanilina decolorata coll'acido solforoso e della soluzione di bicromato-potassico in $H^2 SO^4$, pervenne a risultati perfettamente negativi: — secondo il Perrando l'aldeide formica a contatto del sangue e dei tessuti si ossida trasformandosi in acido formico, il quale, assorbito e salificato dalle basi che sottrae dal sangue, circola nell'organismo; solo ritrovò piccolissime traccie di formaldeide nei visceri di animali nei quali aveva iniettato forti dosi di formalina per via endovenosa.

La formalina, introdotta nell'organismo, per il Perrando dunque non si fissa nè si elimina come tale; ma è tossica per i tessuti coi quali viene a contatto e che distrugge, onde per la estensione di queste alterazioni causa la morte agendo su per giù come gli acidi caustici.

Questi risultati sperimentali erano in assoluto contrasto con quelli dell'Albertoni, che con l'aldeide etilica aveva ottenuto questi opposti reperti: in animali nei quali aveva introdotto nello stomaco 5 cmc. di soluzione di aldeide etilica, trovò la reazione dell'aldeide nelle urine, e la ritrovò nell'acqua in cui aveva fatto gorgogliare dell'aria espirata dallo stesso animale, per cui ebbe ragione di dedurre che l'aldeide etilica non si ossida nell'organismo, ma si elimina come tale dai polmoni e dai reni.

Nel 1900 il Filippi Odoardo e il Motolose nel laboratorio di farmacologia del Bufalini a Firenze, ripresero le esperienze del Perrando con metodi chimici diversi che essi ritennero più precisi, per lo meno più sensibili. I due ricercatori infatti adottarono la seguente reazione che così descrivono: «Si sa che ponendo in contatto un cristallino di codeina con una soluzione di aldeide formica in $H^2 SO^4$ puro si manifesta subito una colorazione violacea assai persistente e che soltanto dopo qualche ora si cambia in un colorito rosso puro che diventa giallastro. È questa infatti

una delle più sensibili creazioni della codeina; ma come fece Pollacci nelle sue ricerche dell'aldeide formica nei vegetali, abbiamo invertita la reazione sciogliendo cioè qualche cristallo di codeina in H^2SO^4 concentrato per valersene così per la dimostrazione dell'aldeide-formica. La sensibilità del reattivo è squisita e caratteristica; difatti il colorito violaceo che si ottiene è proprio dell'aldeide-formica, mentre con le aldeidi acetica, propilica, butirrica, valerica, il colorito è giallo carico e con l'acetone è invece verdastro ». Inoltre gli AA. cercarono se col reattivo sopra descritto alla codeina, si potevano anche indicare minime quantità di acido formico. Con questo metodo ripeterono, adottando alcune avvedute precauzioni, le esperienze del Perrando, ed ottenendo risultati opposti, in quanto dimostrarono che l'aldeide formica si elimina come tale anche e sopratutto dal polmone; essi chiarirono inoltre questo fatto che, mentre il polmone manifesta reazione evidentissima dell'aldeide formica, l'aria espirata dà invece quella dell'acido formico; e ciò perchè l'ossidazione avviene a contatto dell'aria, ma non a contatto del sangue. Importante ad ogni modo era il fatto sicuro che gli organi e principalmente il polmone, fissano l'aldeide formica come tale e non come acido formico, come riteneva il Perrando.

A questo lavoro il Giannelli credè di opporne uno suo contradditorio, ma esso provocò una risposta esauriente del Filippi che riconfermò, ripetendole e controllandole minutamente, i risultati delle esperienze già fatte.

La discussione teorico-sperimentale è rimasta dunque a questo punto, che io mi sappia, i termini di essa non si sono spostati.

Che cosa ci autorizza a dire in proposito la esperienza clinica e anatomo-patologica, fatta sul caso che noi osservammo?

Il nostro suicida morì per avvelenamento da formalina, e come causa determinante la morte non possiamo trovarne altra: la necroscopia mise in rilievo una bronco-polmonite bilaterale, con pleurite fibrinosa emorragica; ed anche ammettendo, come certo è da ammettere, che cagione della morte siano state le lesioni gastriche, quelle eventuali renali ed epatiche (che forse istologicamente si potevano mettere in rilievo) sta di fatto che una lesione a tipo lobulare diffusa noi trovammo nel polmone; e possiamo dire che anche le alterazioni pleuriche debbono riferirsi alla corticalità di queste lesioni parenchimali. Ora, come sono esse da interpretare? Intanto possiamo escludere che esse siano di natura ipostatica, perchè altri caratteri di ipostasi polmonare non furono trovati dal settore, e non sarebbero in tal caso dovute mancare; poi le lesioni erano diffuse anche nel lobo superiore ed erano accompagnate da edema diffuso a tutto l'ambito respiratorio. Inoltre il C. non era stato costretto da uno stato lungo comatoso a decombere sempre in una maniera da permettere l'ipostasi; fino all'ultimo giorno si mosse, si girò sui fianchi, permettendo l'aereazione di tutta la superficie polmonare. Lo stesso argomento vale per escludere una bronco-polmonite catarrale discendente, per incapacità a tossire e ad espellere l'ingombro bronchiale; il C. poteva perfettamente controllare lo stato del suo apparato respiratorio. Quindi è ragionevole ammettere che diversa sia stata la causa di questa bronco-polmonite e le ragioni patogenetiche possono essere solo due; o per una causa irritativa locale, o per una causa trofoneurotica.

La fisiopatologia c'insegna che per una lesione bilaterale dei vaghi, si possono determinare, come *causa mortis*, epatizzazioni polmonari, oppure emorragie, od iperemia con edema diffuso dei polmoni. Tali lesioni polmonari si possono spiegare prendendo in considerazione i seguenti fatti (Luciani):

« *a*) La vagotomia ha per effetto la paralisi di moto e di senso della laringe, della trachea, dei bronchi, e degli alveoli polmonari, il che oltre a produrre l'enfisema polmonare e il catarro dei bronchi, sopprime l'azione espulsiva della tosse e favorisce l'azione irritante, non solo dei corpi estranei, ma anche del muco secreto dai bronchi;

b) La dispnea profonda che consegue alla doppia vagotomia inceppa la circolazione polmonare e quindi determina a lungo andare una forte *congestione polmonare*, con *emorragie ed edema consecutivo*, anche indipendentemente dalla paralisi vasomotoria polmonare, sostenuta specialmente dallo Schiff e dall'Herzen che non è dimostrata da nessun diretto esperimento ».

Come ben si rileva da queste righe del Luciani, non è il caso il nostro nel quale si possa invocare tale patogenesi per spiegare la bronco-polmonite osservata: negli avvelenamenti di formalina si è parlato da quasi tutti gli autori di alterazioni nervose così gravi, da far dipendere da essi la stessa morte; e se tali alterazioni cerebrali esistessero realmente, anche una bronco-polmonite da vago leso non sarebbe da respingere. Ma nel nostro ammalato mancò ogni grave alterazione nervosa, come difettavano quelle condizioni che il Luciani porta a giustificazione della possibile polmonite da vago. Quindi tale ipotesi è assolutamente da scartare.

Resta l'altra, più suggestiva, dell'irritazione locale; la sostanza chimica capace di irritare,

di infiammare gli alveoli polmonari c'è, ed è l'aldeide formica; che ormai sappiamo con sicurezza, che si può fissare nei tessuti di tutti gli organi, ma specialmente nel polmone, ed è dimostrabile come tale molto tempo dopo la morte ed anche a putrefazione avanzata.

Resta a spiegare perchè una tale polmonite sia insorta dopo 3 giorni dall'avvenuto avvelenamento: ma ritengo che sia attendibile la ipotesi che il processo anatomico abbia tardato a manifestarsi in tempo sufficiente a determinarsi; in altre parole, l'aldeide formica avrà iniziato ben presto la sua eliminazione per i polmoni e si sarà in gran parte fissata in essi; e poichè fu molta la ingerita, la copia passata per l'apparato respiratorio deve essere stata rilevante - a poco a poco gli endoteli alveoli avranno risentito l'effetto tossico di essa fino a determinare la flogosi globulare e l'essudazione alveolare; i focolai corticali avranno a loro volta propagato alla pleura il processo con l'appannaggio dei fatti anatomici rilevati.

Una volta accumulati i fenomeni infiammatori, l'esplosione della sindrome finale fu rapida e tumultuosa per l'assommarsi di varie condizioni gravi, tutte letali.

Tra queste merita uno speciale posto la intensa e profonda necrosi della mucosa gastrica; lesione gastrica vasta, con distruzione cellulare enorme che, oltre ad avere indotto nell'organismo tutto un intenso squilibrio umorale ha impedito, al C. di nutrirsi per tre giorni, mentre perdeva forte quantità di sangue; nello stato di debolezza generale nelle quali il paziente veniva così a trovarsi è logico trovare una ragione forte dell'esito infausto della triste avventura.

Riassumendo, il caso che abbiamo avuto occasione di osservare, mentre si discosta clinicamente dai quadri descritti da altri AA., presenta anatomo patologicamente delle alterazioni che secondo noi valgono a suffragare un concetto sperimentale dibattuto. Dobbiamo a questo proposito dire che nel nostro suicida la formalina si eliminò poco dagli emuntori che per altri sono considerati i principali - e più invece, molto verosimilmente, dalla via respiratoria. Malauguratamente non pensammo a fare tutte quelle ricerche chimiche e istologiche che avrebbero certo più chiarito questo studio; che ad ogni modo ci è sembrato sufficiente per contribuire, sia alla conoscenza del quadro clinico, che alla soluzione di qualche problema di patologia, connesso all'avvelenamento da aldeide formica.

Ringrazio il prof. Furno per avermi permesso di pubblicare il caso e per i consigli datimi.

Reggio Emilia, 24 febbraio 1923.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBERTONI. Memorie della R. Accad. delle Scienze dell'Ist. di Bologna, t. VIII, 1887.
2. ALBERTONI e LUSSANA. Lo Sperimentale, XXI, 1874.
3. BOSE et BATAILLIÉ Gaz. hebd. de Méd. et Chir., 1896.
4. FILIPPI e MOTOLOSE. Annali di Farmacoterapia e Chimica, 1906.
5. FILIPPI. Riv. di med. legale e di Giurispr. med., anno V, n. 3, 1901.
6. GEGNER. Munch. med. Woch., 1893, s. 32.
7. GIANNELLI. Annali di Farmacoterapia, 1900, n. 11.
8. GERLACH. Munch. med. Woch., 1902, n. 49, s. 1503.
9. KLÜBER. Munch. med. Woch., 1900, n. 47, s. 1416.
10. LEVISON. Journ. of Amer. med. Assoc., numero 42, 1492, 1904.
11. MARX. Verein Deut. Aerzte Prag., Sitz., 11 April 1919; refer. in Munch. Med. Woch., 1919.
12. PERRANDO. Bull. della Reale Accad. Med., Genova, vol. XI.
13. PILLIET. C. R. Soc. de Biol., 27 luglio 1895; Progrès médicale, 17 agosto 1895.
14. POTRON. Revue médicale de l'Est., 1914, 1.
15. ZAMBONI. Arch. di Farmacol. sperimentale e scienze affini, sett. 1902.
16. ZORN. Munch. med. Wochen., n. 47, 1900, s. 1588.

ANALISI E COMMENTI.

L'ereditarietà nelle malattie cardio-vascolari.

Prof. LUIGI FERRANNINI, incaricato di Clinica delle Malattie professionali nella R. Università di Napoli.

È poi proprio vera «la ritrosia dei medici ad ammettere generalmente l'ereditarietà nelle malattie della circolazione», come ostinatamente scrivono Giovanni Galli e Sanvitali (*Policlinico*, Sez. Prat., 1920, n. 3 e 1924, n. 2).

Lasciamo da parte gli accenni più o meno vaghi — che si trovano nelle opere di Lancisi, Albertini, Baccelli, Schott, Eichhorst, Huchard — relativi al ripetersi di disturbi della circolazione per diverse generazioni in una stessa famiglia, ed anche i casi — riferiti da Morgagni, Lancisi, Sènac, Franck, Albertini, Kreysig, Testa, Servin, Friedberg, Suilet, Strehler, Potocki, Cochez, De la Camp — che riguardano lesioni del cuore destro quasi sempre congenite, e pure quelli che possono riferirsi all'aortismo ereditario di Huchard (Edgren, G. Galli) il quale altro non è che una diminuita resistenza vasale ossia una predisposizione ereditaria all'arteriosclerosi precoce.

Ma Schmaltz (1888) riferisce già di un bambino cardiopatico, di cui il padre e la nonna avevano avuto un vizio cardiaco; Cochez (1898) narra di due famiglie, nella prima delle quali madre e figlio erano affetti da stenosi mitralica pura, e nell'altra la madre ed i suoi

quattro figli presentavano lo stesso vizio; Rezek descrive otto casi di malattia di cuore — di cui due congeniti — in quattro generazioni di una stessa famiglia.

Sui primi del 1900 Rummo ed io, all'Accademio medico-chirurgica universitaria di Palermo, riferimmo per i primi sulla stenosi mitralica ereditaria e familiare in base alla storia di due famiglie di cardiopatici; e pochi mesi dopo seguì un ampio studio mio, pubblicato nell'*Archivio italiano di Medicina interna* e largamente riassunto nella *Riforma medica* ai primi del 1901, sulle cardiopatie ereditarie e congenite, in cui la quistione è trattata in tutti i suoi particolari e son riportati l'albero genealogico e la storia di sei famiglie di cardiopatici da me singolarmente studiati, cui l'anno seguente aggiunsi anche i dati di un'altra famiglia ancora più impressionanti.

Io dimostrai così che si poteva parlare di angio-cardiopatìe eredo-familiari nello stesso concetto patogenetico e clinico adottato per le nevropatìe. Nei singoli soggetti rilevai anomalìe congenite multiple e dati anamnestici ereditarii e personali, quali si hanno nelle comuni affezioni ereditarie, con i due principali caratteri dell'eredità patologica: la trasformazione e l'associazione delle note morbose. La constatazione di molteplici anomalìe morfologiche dello scheletro mi valse per precisare l'eredità distrofica e l'origine embriogenetica di queste angio-cardiopatìe. Il frequente associarsi di alterazioni dell'apparecchio cardio-vascolare, del sistema osseo e del tessuto elastico, tre produzioni dello stesso foglietti germinativo — il mesenchima o *Zwischenblatt* dei tedeschi — mi menarono alla ipotesi che le angio-cardiopatìe congenite ed eredo-familiari potessero essere la conseguenza di un disordine delle proprietà istogenetiche, l'espressione di una disgenesìa, del mesenchima. Questa condizione congenita naturalmente mette capo ad una lunga e complessa serie di fatti, da me ampiamente illustrati, che vanno dagli attributi e dalle note caratteristiche ataviche alle peculiarità della vita fisica e morale dei genitori, alle loro malattie ed alle loro abitudini, alle svariate circostanze che presiedettero al concepimento, alla gestazione ed al parto; e si connettono soprattutto con la storia nosologica delle famiglie e delle razze, in cui hanno particolare importanza le intossicazioni e le infezioni, tra le quali specialmente la tubercolosi e la sifilide per la loro azione profondamente discrasica e disgenesica.

Quanto all'importanza del reumatismo articolare acuto, mi fu facile provare che molti reumatismi articolari acuti ed acutissimi decorrono senza determinare alcuna lesione cardiaca, e reciprocamente che molti vizii di cuore non trovano nei dati anamnestici alcuna paternità reumatica.

I tessuti articolari, del resto, sono anch'essi derivati del mesenchima, per cui condividono con l'apparecchio cardio-vascolare le stesse note embriologiche normali od abnormi, e presentano quindi condizioni di resistenza o di predisposizione morbosa, che procedono parallelamente a quelle del cuore e dei vasi. Può esservi, dunque, una disposizione congenita ed ereditaria al reumatismo articolare: ed i rapporto tra reumatismo articolare e vizii ostio-valvolari, anzichè infirmare, confermano il concetto e la dottrina delle cardiopatìe eredo-familiari.

Son queste le idee che io svolsi allora e che ho riferito qui proprio con le stesse parole di circa un quarto di secolo fa.

Frattanto Borgherini comunicava al Congresso internazionale di Medicina di Parigi due esempii di cardiopatìe familiari: il primo riguardante una famiglia di piccioni con persistenza del forame di Botallo, il secondo una famiglia di antica nobiltà di cui tre membri erano affetti da miocardite cronica.

S'interessarono subito vivamente alle mie osservazioni soprattutto Gargano in Italia sulla *Rivista critica di Clinica medica* e Raymond in Francia sul *Bulletin médical*, confermando esattamente le conclusioni mie.

L'anno seguente Arnone riferì, all'Accademia di Palermo ed al Congresso della nostra Società di Medicina interna, di altre due famiglie con tara cardiopatica; e l'anno appresso io ritornai per la terza volta sullo stesso argomento con nuove osservazioni pubblicate sul *Centralblatt fuer innere Medicin*.

Nel 1906 il Galli pubblicò l'albero genealogico di una famiglia di cardiopatici, che poi ha aggiornato e ripubblicato ancora nel 1916 e nel 1920. Nella sua prima pubblicazione egli accenna appena fugacissimamente alle mie pubblicazioni citandone poi invece solo un'altra, quasi del tutto estranea nella bibliografia che è ricca di indicazioni di lavori poco attinenti all'argomento; ma nell'ultima pubblicazione del 1920 egli non ricorda che i lavori suoi personali, e tratta della cosa come se nessun altro mai se ne fosse occupato, tanto che, come di cosa di sua prima osservazione, dice di aver esposto le sue vedute ai cardiologi più noti e di averne ottenuto largo consenso specialmente in Francia ed in Inghilterra; e quando io, senz'altro, gli ho mandato le pubblicazioni mie, che egli del resto precedentemente conosceva per averle almeno ricordate, mi ha

risposto, in data 4 marzo 1920: «Ho ricevuto «e letto con molto interesse le di lei pubblica«zioni sulla ereditarietà delle cardiopatie. Pec«cato non le conoscessi prima: ne avrei fatto «utile uso. Sarà per una prossima volta. Di «nuovo rigraziandola e pregandola di scusa«re, ecc.».

Il collega Galli dunque aveva perfettamente dimenticato non solo i lavori miei che — per averli citati — aveva indubbiamente conosciuti nel 1906, ma anche il lavoro suo di quell'epoca! E come non compatirlo allora per così sfortunata amnesia!

Ma lo ha seguito ora Sanvitale a trattare dello stesso argomento; e, siccome ha letto l'ultimo lavoro di Galli, ha subito legittimamente creduto che questi fosse stato il primo ed il solo ad occuparsi della cosa!

Io non sono un corrivo appassionato di rivendicazioni di priorità; nè vado spulciando le più recenti pubblicazioni alla ricerca di una frase o di un concetto che possa adattarsi ad un riferimento con qualche cosa scritta da me precedentemente; ma trascurare la storia di un argomento, come fanno Galli e Sanvitale, mi sembra soprattutto un malefatto scientifico in quanto fa artificialmente il bujo là dove vorrebbe portare un po' di luce.

Io non credo affatto che — come talvolta accade — i colleghi Galli e Sanvitale abbiano taciuto di proposito ciò che almeno il Galli esplicitamente riconosce che non avrebbe dovuto tacere: non dubito nè della lealtà del primo nè della buona fede del secondo. Ma sta contro tutti due il fatto che son loro sfuggiti lavori pubblicati e riassunti nei giornali che immancabilmente si compulsano quando si vuole apprendere la storia di un argomento, si tratta perfino di lavori proprii come è il caso di Galli; quindi non c'è da trincerarsi dietro la solita scusa degli innumerevoli giornali di medicina, che dovrebbero ridursi ad uno per nazione perchè, non potendo essere seguiti dai più, talvolta occultano, invece di diffondere, i lavori che in essi si pubblicano.

Piuttosto è che generalmente si trascura quella che dovrebbe essere la prima fatica — e che talvolta è anche la più penosa — di chi imprende a studiare un argomento: ricercarne e studiarne la bibliografia. Molti trovano comodo di chiederla senz'altro a chi credono possa esserne al corrente; altri si aggrappano all'ultimo lavoro che capita loro sott'occhio sull'argomento — è il caso di Sanvitale —; e nell'uno e nell'altro caso chi deve pubblicare si sente felice di aver potuto così a buon mercato, e senza pagar neppure l'*Eco della Stampa*, superare un duro scoglio, che altrimenti gli sarebbe costato fatica e danaro neppure valorizzabili con le poche righe di storia di cui poteva venire allungato il loro lavoro.

Ed il compito bibliografico — bisogna pur convenirne — è diventato anche più arduo ora, che alcuni giornali hanno adottato il pessimo sistema di sopprimere dai lavori originali la bibliografia in omaggio ad una malintesa economia di spazio, contribuendo insieme a rendere più difficile e svalutare una esatta e completa bibliografia.

La pubblicazione dei lavori originali è fatta proprio per i ricercatori che s'interessano dello argomento, ed ai quali forse nulla giova quanto le indicazioni bibliografiche; per gli altri, che dell'argomento non s'interessano, tutto il lavoro è di troppo, bastano le conclusioni che essi per economia di tempo e fatica spesso preferiscono anzi andare a ricercare nei giornali che li riassumono.

BIBLIOGRAFIA.

ARNONE. *Le cardiopatie eredo-famigliari e congenite*. XII Congresso della Società italiana di Medicina interna, Roma, 1902.

BORGHERINI A. *Cardiopathies familiales*. Congrès international de Médecine de Paris, 1900; e Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1900.

COCHEZ. Congrès de Médecine interne, Montpellier, 1898.

DE LA CAMP. *Familiäres Vorkommen angeborener Herzfehler*. Berliner klinische Woschenschrift, 1903.

EDGREN. *Klinische Studien über Arteriosclerose*, 1899.

FERRANNINI LUIGI. *Cardiopatie eredo-familiari e congenite*. Archivio italiano di Medicina interna, 1900, vol. III, fasc. 3-6; e Riforma medica, 1901, vol. I, pag. 181.

FERRANNINI LUIGI. *Ancora sulle cardiopatie eredo-familiari e congenite*. Riforma medica, 1901, vol. III, pag. 230; e Schmidt's Jahrbücher, 1903, vol. 277, pag. 126.

FERRANNINI LUIGI. *Ueber hereditäre hongenitale Herzleiden. Dritte Mittheilung*. Centralblat für innere Medizin, 1903.

GALLI GIOVANNI. *Contributo alla questione dell'aortismo ereditario*. Policlinico, sez. pratica, 1906; e Rivista ospedaliera, 1916. — *Endocardismus hereditarius e Myocardismus hereditarius*. Berliner klinische Wochenscr., 1908. — *L'ereditarietà nelle malattie della circolazione*. Policlinico, sez. pratica, 1920.

GARGANO. Rivista critica di Clinica medica, 1901.

RAYMOND P. Bulletin médical. 1901.

RUMMO G. e FERRANNINI L. *Stenosi mitralica ereditaria e familiare*. Accademia medico-chirurgica universitaria di Palermo, 17 febbraio 1900.

SANVITALE S. A. *L'ereditarietà nelle malattie della circolazione*. Policlinico, sez. pratica, 1924.

SCHMALTZ. *Zur Casuistik und Pathologie der angeborene. Herzfehler*. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1888.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Anafilassi e intossicazione.

Una bella battaglia è, sotto questo titolo, combattuta da Kopaczewski nella *Gazette des Hôpitaux*, n. 3, 1923, a favore della dottrina colloidale dell'anafilassi. Questa verrebbe provocata da una precipitazione micellare, dovuta alla rottura dell'equilibrio colloidale che si avrebbe introducendo un colloide estraneo in un mezzo preventivamente e paradossalmente modificato. Questa precipitazione micellare agirebbe da centro di agglomerazione degli elementi morfologici del sangue, onde obliterazione dei capillari polmonari, violente scosse al sistema nervoso, alterata funzionalità del sistema simpatico e delle glandole endocrine: ecco lo *choc* anafilattico. Arthus combatte questa teoria con varii esperimenti: cioè sia introducendo nelle vene del coniglio siero precipitante, sia iniettando precipitati ottenuti in vitro dall'unione di varii sieri, sia iniettando altre sostanze ad azione precipitante pel siero di coniglio, non si ottiene anafilassi, onde essa non può interpretarsi come portato di una flocculazione.

Ma l'A. dice che parte di queste esperienze sono contraddette da altri AA. che ebbero risultati opposti, parte furono fatte in dosi troppo omeopatiche, ecc. Altre esperienze. inoculazione successiva *lenta* nel coniglio, di siero di coniglio precipitante pel siero di cavallo più siero di cavallo, sarebbero state fatte così lentamente da dare antianafilassi per le dosi deboli del tipo di Besredka, e lentamente iniettate del tipo di Friedberger. Arthus dice poi che mentre la precipitazione è un processo specifico, l'anafilassi può ottenersi in conigli sensibilizzati per siero, anche con altre sostanze, es. gelosio.

Ma l'A. dice che questo dimostra la non specificità chimica del fenomeno, ma non la non specificità fisica: essendo siero e gelosio sostanze chimicamente diverse, ma fisicamente specifiche cioè tutti e due colloidi azotati fortemente. Tutte le esperienze di Arthus poi sarebbero troppo poche e eseguite su conigli che male si prestano a ricerche di anafilassi, devesi usare la cavia. Entra poi in campo contro Richet e la sua classica teoria della tossogenina o anafilattina che unita all'antigene iniettato produrrebbe la apotossina causa dello choc anafilattico. Non ha valore l'argomento di Richet che talora si ha anafilassi iniettando miscuglio di siero e di antigene nel quale non si rinvenga flocculazione, poichè questa non sarebbe stata ricercata con l'ultramicroscopio, come è necessario. Neppur valore ha il dire che il volume del flocculato è troppo minimo per ostruire i capillari, in quanto questo fiocculato non agirebbe per sè, ma agglomerando gli elementi corpuscolati del sangue. Kopaczewski poi fa notare come egli fin dal 1920 tenne ben divisa l'anafilassi da quello che è lo choc per contatto, e ricorda che egli ammise un meccanismo tutto particolare: tromboplastico, per spiegare lo choc da iniezione di polveri. Abbatte anche gli argomenti tratti dal Richet dall'anafilassi dei vegetali. Gli esperimenti sul fermento lattico furono compiuti col nitrato di tallio che è un elettrolito, e gli elettroliti non possono usarsi per l'anafilassi. L'anafilassi vegetale può spiegarsi come la animale con la precipitazione micellare, solo il modo di reagire sarà diverso.

Ma di più ancora: la tossogenina, come le tossine, lisine, sensibiline e tutte le... fenomenine sono dimostrabili solo per criteri analogici e per prove indirette. Richet cita per analogia l'azione di vari alcaloidi (stricnina, tebaina, brucina) e di altre sostanze (ac. cianidrico, etere, cloroformio, ecc.) che dànno fenomeni convulsivi assai simili. Ma l'A. nota che anche qui si tratta forse più di azioni di indole colloidale che chimica. Il classico esperimento della formazione in vivo di ac. cianidrico per iniezione successiva di emulsina e amigdalina, non ha valore perchè si tratta di azioni di fermenti, che son ben diverse dalle azioni chimiche semplici.

L'A. sostiene quindi che pure potendo lo studio ulteriore dare delle sorprese, nulla di tutto ciò che si è *finora* dimostrato vale ad abbattere la teoria che vuol spiegare l'anafilassi con una flocculazione da turbato equilibrio colloidale.

TONELLI.

SEMEIOTICA.

La ricerca radiologica sugli apici polmonari.

(J. ZIEGLER. *Zeitschr. f. Tuberk.*, H. 1, B. 39, 1923).

La ricerca radiologica sugli apici polmonari è di capitale importanza nella determinazione della tubercolosi incipiente e in un I tempo essa ha lo scopo di cogliere le minime modificazioni a carico del polmone o della pleura. Ma la ricerca radiologica pretende una tecnica perfetta e il controllo dell'ascoltazione e della percussione: metodi che si suffragano a vicenda, ma non sostituibili nè paragonabili.

Alcuni radiologi preferiscono lo schermo, altri le lastre; ma la ricerca radiologica va

sempre iniziata con la *radioscopia*, che richiede non solo un occhio esercitato, ma anche che l'occhio sia bene adattato all'oscurità (non meno di 10' di attesa). Numerose possono essere le cause di errore (modificazioni della pelle, lipomi, tessuto sottocutaneo abbondante, ghiandole della fossa sopraclaveare, sviluppo della muscolatura, medicamenti, ecc.). Il concetto anatomico definisce malamente il campo apicale radiologico; se il confine può essere dato da una linea orizzontale passante per la clavicola, l'ampiezza del campo radiologico varia secondo la costituzione corporea e negli individui grossi l'apice è appena visibile: è importante anche la posizione dell'individuo (ventro-dorsale e dorso-ventrale) nonchè la direzione dei raggi, e possiamo portare il tubo in alto o in basso per studiare le parti basse o alte, lavorando naturalmente col fascio centrale dei raggi e diaframmando quanto è necessario e tenendo lo schermo bene appoggiato, facendo attenzione se esistono alterazioni vertebrali o scapolari, ecc., che possono modificare i rapporti. Un secondo ordine di cause che possono modificare la ricerca dell'apice può essere a carico dei polmoni stessi: chiusura di un bronco, atelettasia polmonare, polmonite, coltroni pleurici, versamenti pleurici interlobari; processi tutti che dànno un oscuramento dell'apice contrariamente a quanto succede se esiste enfisema che non raramente accompagna come processo vicariante le forme tubercolari.

La luminosità degli apici già normalmente decresce verso la linea mediana (in dipendenza della muscolatura, ecc.) e lievemente cresce verso l'alto (minor spessore e profondità): nella forte espirazione la luminosità aumenta (fenomeno di Kreuzfuchs): fenomeno specialmente evidente in posizione ventro-dorsale.

Nella tosse (Holst) esiste uno slargamento del confine mediale dell'apice; le ricerche vanno fatte a paziente eretto o seduto, in posizione dorsale o ventrale combinando l'esame anche colla ricerca in obliquo: i tubi recenti ad elettroni permettono inoltre di usare raggi di diversa durezza e fare una radioscopia così detta differenziale, filtrando possibilmente per mezzo mm. all.

Quanto alla radiografia si raccomandano le stesse attenzioni di tecnica che per la radioscopia (esame in due posizioni: esatta centratura del tubo, tubo limitatore, in modo che l'apice rimanga scoperto, ecc., esatta posizione del paziente, evitando così cause di errore che possono falsare la ricerca): alcuni (Albers-Schönberg) lasciano respirare tranquillamente il paziente, ma altri preferiscono (specialmente nelle istantanee in modo da non aver doppi contorni) che il paziente trattenga il respiro e possibilmente in espirazione in modo che la scapola non si rialzi. In nessun caso la radiografia può supplire la radioscopia ed essa va praticata per controllare il reperto radioscopico in casi di reperti negativi allo schermo quando esistono fatti obbiettivi, in casi di ombre omogenee che la lastra dissocia, in casi di spessore del dorso notevole, ecc. Anche l'esame stereoscopico può essere di grande utilità. Due particolarità sono degne di ricordo perchè origini di discussioni: la cosidetta ombra aggiunta di Albers-Schönberg (separazione tra polmone e parti molli, ispessimento pleurico secondo Assmann) e l'ombra di Rouleau o di Gardinen (arteria succlavia secondo Assmann in apici, naturalmente normali).

MILANI E.

TERAPIA.

La chemioterapia delle spirillosi.

(CASTELLI. Tipog. Zanichelli, Bologna).

La chemioterapia è la scienza che studia la azione ed il meccanismo intimo d'azione delle sostanze chimiche sulle cellule e rispettivamente sugli agenti patogeni. Essa ha le basi sulla teoria stereo-chimica e sulle catene laterali di Ehrlich secondo cui, mentre nelle cellule parassitarie oltre i nutri-cettori esistono i chemio-cettori, nelle sostanze chimiche si hanno i gruppi aptofori con i loro tossofori. L'azione delle sostanze chimiche è data dalla fissazione dei gruppi aptofori ai chemio-cettori. Su questo concetto è fondato lo studio dell'arsenico trivalente e la formazione del diossiaminoarsenobenzolo. L'A. ha sperimentato su conigli con un ceppo di tripanosomi (nagana), un ceppo di spirilli obermajeri, un ceppo di spirilli del pollo, uno di sifilide (Truffi) ed uno di framboesia tropica. L'innesto di spirochete veniva praticato immettendo il virus nella pelle dello scroto; il tripanosoma e lo spirillo della febbre ricorrente venivano trasmessi sotto cute mediante iniezione di sangue infetto, controllato microscopicamente. La sifilide generalizzata venne prodotta nel lasso di tempo da 45 giorni a tre mesi iniettando nella vena marginale dell'orecchio una sospensione di minuti frammenti di tessuto infetto. In conigli con infezione sifilitica locale e diffusione alle palpebre, naso, ha avuto la completa e rapida guarigione dopo l'iniezione endovenosa di Salvarsan nella dose di gr. 0.005 per kgr. di peso dell'animale; lo stesso con l'uso del 606 nella dose di gr. 0.02.

Per studiare se nel processo di guarigione di una sifilide generalizzata intervenisse un'azio-

ne di anticorpi ha iniettato varie dosi di Salvarsan (0.006, 0.015, 0.025 per kgr. di peso dell'animale) ed ha osservato al paraboloide di ora in ora lo stato di attività motoria delle spirochete e poi la guarigione complessiva delle lesioni. Così mentre nel caso di sifilomi circoscritti ha visto spirochete immobili in via di degenerazione fino a 5 giorni dopo l'iniezione, nella sifilide generalizzata le spirochete scomparivano più presto dal focolaio (terza giornata dall'iniezione di 0.025 per kgr.). Per ciò si deve forse invocare l'azione di anticorpi. Negli animali con manifestazioni allo scroto non fu possibile una reinfezione, mentre in quelli trattati con Salvarsan la reinfezione ebbe esito positivo. Si sarebbe indotti così a pensare che la cura col Salvarsan col sopprimere l'infezione toglie anche quel grado di resistenza esponente di immunità.

Secondo Kolmer e Schamberg del Salvarsan introdotto per via orale solo una parte infinitesima passa in circolo rimanendo in parte nel contenuto dello stomaco e dell'intestino. L'A. ha introdotto negli animali con spirillosi la soluzione biacida o alcalina di Salvarsan per mezzo di sonda gastrica ed ha visto che una piccola quantità del rimedio viene assorbita ma solo in via eccezionale ha raggiunto la guarigione. Siccome la soluzione originale di Salvarsan precipita nello stomaco per poi ridisciogliersi nell'intestino ha ottenuto delle compresse che contengono in modo stabile il monosolfossilato sodico di diossi-amino-arseno-benzolo che è ben tollerato anche dai bambini ed è particolarmente usato nella dissenteria.

Sulla tossicità degli arsenobenzoli si hanno opinioni diverse; vi influiscono l'organismo e specialmente gli organi emuntori, ma grande importanza si deve dare alla preparazione che varia secondo il metodo di derivazione. Per es. composti fosforati quali prodotti laterali invece di composti solforati più tossici; stato di purezza del composto di partenza come il 605 per residui di bromo tossico per se stesso o per combinazioni; per traccie di altri alogeni; per causa degli amino-gruppi. Vi sono degli individui che presentano intolleranza con arrossamento del volto, ambascia durante la iniezione, e poi malessere, cefalea, vomito, brivido, febbre che si aggravano con una seconda o terza iniezione. Ciò avviene per un particolare rapido processo di elaborazione dell'organismo che produce una notevole quantità di prodotti tossici. Da ciò si comprende la grande importanza della stabilità dell'arseno-benzolo. Così un derivato argentico dell'arseno-benzolo può riuscire più utile dell'arseno-benzolo puro, meno tossico, per la stabilità della sua costituzione. Per cui non bastano i caratteri fisici e chimici ma occorre un accurato esame biologico sperimentale come ha insegnato Ehrlich mediante somministrazione e percentuale di sopravvivenza degli animali. Ma anche queste prove non bastano: occorre un controllo clinico in pazienti affetti da forme per lo più gravi di sifilide viscerale.

La tollerabilità degli animali per gli arsenobenzoli è più elevata di quella degli uomini. La tossicità aumenta anche colla esposizione del neosalvarsan all'aria, come ha dimostrato l'A. iniettando la soluzione dopo 10-20 minuti fino a 6 ore, con un evidente aumento della tossicità della sostanza iniettata. Si ha invero un aumento della efficacia ma non tale da supplire lo svantaggio. L'aggiunta di alcoli-polivalenti con introduzione di gruppi speciali ha dato dei prodotti che non si alterano all'aria.

Da uno studio del Giemsa indirizzato al paragone tra Arsalit e Salvarsan era risultato un vantaggio del primo sul secondo nel trattamento della sifilide nel coniglio. Tale differenza non ha trovato l'A. con un ceppo di sifilide (Truffi) mentre, ha visto che la dose di neosalvarsan e di Salvarsan occorrente per la sterilizzazione definitiva dell'animale era minore che per la sostanza proposta dal Giemsa.

Il Bertheime introdusse nella molecola del Salvarsan uno o due atomi di cloro e i due composti furono indicati coi numeri 670, 642. Questi due preparati secondo le esperienze dell'A. pur essendo più tossici non apportano alcun miglioramento sull'efficacia della sostanza.

Ha studiato gli ossidi arilarseniosi di cui l'ossido fenolarsenioso è assai tossico per i topi senza alcuna azione sul decorso della spirillosi. L'ossido amino-fenolarsenioso è meno tossico ma l'azione terapeutica sulle spirillosi poco soddisfacente. Anche l'ossido paramino-metaossi-fenilarsenioso (Benda) si è dimostrato meno tossico, ma di minore efficacia terapeutica. L'ossifenilarsina è assai tossica per il topo e senza efficacia curativa nella ricorrente sperimentale. L'amino-ossi-fenilarsina ha dimostrato una efficacia terapeutica sulle spirillosi. Tale preparato però è molto variabile all'aria specie in soluzione alcalina, per cui l'A. col procedimento di sintesi chimica del Pieroni è riuscito ad avere una arsina stabile. I solfuri arseniosi dimostrarono forte tossicità e poca efficacia terapeutica per la febbre ricorrente.

Ehrlich aveva dimostrato che l'introduzione di amino-gruppi nella molecola dell'acido fenilarsenico e di un ossidrile in posizione orto rispetto all'amina migliorava le proprietà far-

macologiche con rafforzamento della parassitocidia e diminuzione della tossicità. Così sono stati preparati diversi composti che saggiati dall'A. hanno dimostrato una maggiore efficacia spirillocida. Possedendo i parassiti diversi cettori capaci di combinarsi coi diversi gruppi tossofori si comprende l'efficacia della chemioterapia combinata escogitata da Ehrlich. Così Danjsz aggiunse all'arseno-benzolo bromuro d'argento e antimonio (Luargol); antimonio e mercurio (Prep., n. 139) che si manifestarono buoni preparati per le diverse spirillosi. Dall'A. è stato aggiunto oro all'arsenobenzolo (Neocrisolo) in cui l'oro è intimamente legato al gruppo aminico. Le combinazioni dell'arseno-benzolo con mercurio, platino, stagno, osmio non dimostrarono che scarsa influenza sul decorso delle spirillosi, mentre quella con rame portò ad un notevole miglioramento delle proprietà terapeutiche del composto. Una vera azione chemioterapica è stata riscontrata nella combinazione del Salvarsan con argento (Neosilbersalvarsan-Neargirolo) potendosi avere delle soluzioni stabili e pronte per l'uso. Anche il bismuto è stato aggiunto all'arsenico avendosi come per l'argento una maggiore stabilità e tolleranza (Neobiolo). L'aggiunta dell'argento e del bismuto capaci di una propria azione, pur blanda, sulle spirochete, apporta, a differenza del rame che opera per azione catalitica sui poteri difensivi dell'organismo, un notevole e stabile aumento di efficacia terapeutica raggiungendo l'obietto di una vera e propria chemioterapia combinata. Contrariamente all'opinione del Contardi l'A. sostiene che i prodotti neosalvarsanici più stabili ci dànno una maggiore garanzia rispetto ai singoli individui mentre non viene menomata la loro efficacia terapeutica.

BRANCATI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

FÉLIX LEJARS. *Exploration clinique et diagnostic chirurgical.* Anno 1923. Masson et C.ie, Paris, 120, Boulevard Saint-Germain.

Non si tratta di un'esposizione sistematica ed ordinata di diagnostica chirurgica, ma piuttosto di un'illustrazione eminentemente pratica di varie lesioni che si possono osservare in un malato e dei vari sintomi che esse presentano, del modo col quale rilevarli e dedurne la diagnosi. Forse non è molto utile per lo studente al principio degli studi clinici, ma può essere utile per il pratico. L. D.

H. DURET. *Traumatisme cranio-cérébraux*, vol. III. Félix Alcan, Boulevard Saint-Germain, 108, Paris.

Questo volume di 1036 pagine, diviso in due parti, comprende la contusione cerebrale, la compressione cerebrale, l'intossicazione ematica, colla quale denominazione l'A. intende un avvelenamento ed un'alterazione degli elementi nervosi dovuti ai prodotti della decomposizione del sangue versato attorno ad essi, e la ipertensione intracranica.

Il Duret purtroppo venne a morte prima di coordinare questo volume che egli considerava il coronamento delle sue opere, e del suo lavoro di più che 40 anni di studio sulla fisiologia e la patologia chirurgica del cranio e dell'encefalo, ed il coordinamento e la pubblicazione furono curate dal Voiturier e dal Delépine.

È un'opera ricca di cognizioni teoriche e pratiche, con numerosi esempi clinici raccolti qua e là e con una discreta bibliografia sui vari argomenti trattati.

Tutti i chirurgi possono consultarla con vantaggio. L. D.

HARTMANN. *Chirurgie des voies biliaires.* Masson, 1923, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

È il V volume dei *Travaux de Chirurgie* i cui primi 4 volumi l'Hartmann aveva già pubblicati prima della Guerra Europea.

L'Hartmann trae le sue conclusioni soprattutto dalle osservazioni personali che ha potuto fare numerose durante la sua lunga vita di studio. Egli si occupa soprattutto delle colecistiti e delle loro complicazioni, ma in un altro capitolo è trattata anche la litiasi biliare. Soprattutto notevoli sono i capitoli che espongono le operazioni chirurgiche sulle vie biliari.

Importante anche è il capitolo sull'anatomia normale della cistifellea del Virenque e quello sull'anatomia patologica delle colecistiti del Renaud. L. D.

F. FEDELI. *Gastro-enterostomia e digestione.* Arti Grafiche, Pisa, 1923, pagine VI-558.

In un volume di 558 pagine il Fedeli si è proposto di ricercare sopratutto le cause di alcuni disturbi tardivi negli operati di gastroenterostomia. Passati in rassegna i lavori precedenti sull'argomento e sottopostili ad una critica le cui conclusioni possono talora sembrare un po' troppo ampie in rapporto alle premesse, l'A. espone le proprie ricerche sperimentali, i dati clinici ed infine alcune considerazioni d'indole generale. Ne ricordiamo alcune.

1. La gastro-enterostomia praticata in uno stomaco pervio non realizza l'esclusione funzionale pilorica, ma la neostomia a livello della porzione motoria dello stomaco viene utilizzata anche in queste condizioni e in modo prevalente su questa.

Così le neo-stomie di per se insufficienti, assumono funzione ritmica per le contrazioni dello stomaco.

2. Nessun metodo di ge. è capace di impedire il reflusso di piccole quantità di bile e succo pancreatico nello stomaco: questo inconveniente spiccato coi metodi di anastomosi laterale, minore con quelli ad anastomosi posteriore, è minima con quelle ad Y. I vari meccanismi di secrezione, del chimismo, della digestione del succo gastrico, la secrezione pancreatica, la curva di escrezione e secrezione biliare non subiscono che scarsi od insignificanti modificazioni per effetto della gastro-enterostomia, sopratutto in quelle ad ansa corta.

Insomma le complicanze tardive e consecutive a G. E. non sono tali da giustificare la qualifica ad essa assegnata di « antifisiologica» ma vanno il più delle volte ricercate in un cattivo funzionamento della neostomia e in fenomeni infiammatorii intestinali.

E. MINGAZZINI.

H. IUDET. *Traité des fractures des membres.* II Edition, 1922. L'expansion Scientifique Française, 23 Rue du Cherche-Midi, Paris.

È un compendio eminentemente pratico e chiaro, con 102 tavole e 338 figure. In un primo capitolo è trattata la diagnosi e la terapia in generale delle fratture. Poi in successivi capitoli sono svolte la sintomatologia e la terapia delle varie fratture degli arti, con esatte ed estese descrizioni dei vari apparecchi. In un ultimo capitolo sono brevemente riassunte le varie complicazioni delle fratture. Questo compendio è soprattutto utile per il medico pratico.

L. D.

W. MÜLLER. *Verletzungen und Krankheiten der oberen Estremitäten.* Leipzig, 1922. Verlag von G. Thieme.

In questo dodicesimo fascicolo della parte chirurgica dei « Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren verhütung » (Errori diagnostici e terapeutici, e modo di evitarli), M. tratta in modo assai chiaro i vari processi morbosi di ciascun segmento dell'arto superiore, a cominciare dalla scapola.

In ogni capitolo sono prima descritte le lesioni violente delle parti molli, dello scheletro e delle articolazioni; quindi i processi infettivi e neoplastici nelle loro espressioni cliniche e nei criteri terapeutici.

Un breve paragrafo è dedicato alle anomalie di posizione della scapola, un altro alle artriti neuropatiche della spalla, un altro ancora alle alterazioni post-traumatiche delle articolazioni del polso e del carpo, e alle contratture della mano e delle dita.

L'A. ha il pregio di scrivere cose chiare e pratiche, in breve spazio. Il fascicolo è di un centinaio di pagine, ed è corredato di alcune figure.

A. CHIASSERINI.

G. CUTORE. — *Anatomia umana topografica.* 2ª edizione, con 284 figure in nero ed a colori. Napoli, Casa Editrice Libraria Vittorio Idelson, 1923. — Prezzo L. 100.

Con forma piana e succinta, con metodo prevalentemente indirizzato alla pratica professionale e con sobrio corredo di notizie morfologiche, patologiche e chirurgiche, sono esposte in questo grosso volume le nozioni di Anatomia topografica del corpo umano. A queste pregevoli doti, che basterebbero da sole a valorizzare una pubblicazione di tal genere, molte altre se ne aggiungono dovute all'abilità espositiva ed alla valentia didattica dell'A., cioè: la modificata delimitazione delle regioni che, con vedute nuove e quanto mai utili, ne rende completo lo studio estendendolo fino ai piani mediani sagittali e frontali del corpo; la migliore conoscenza dei rapporti fra la superficie cutanea e gli organi contenuti nelle grandi cavità; le interessanti notizie abilmente riassunte nelle generalità che precedono ciascuna parte dell'opera; la nuova nomenclatura anatomica adottata mentre accanto, volta per volta, viene riportata quella antica; le figure (fatto in vero abbastanza raro!) in gran parte originali ed accuratamente disegnate; la disposizione numerica progressiva in esse molto opportunamente adottata che agevola il riscontro delle molteplici indicazioni contenute nella leggenda; il ricco indice analitico-alfabetico che facilita la ricerca delle pa-

gine dedicate ai diversi organi, ed infine la dignitosa veste tipografica conferiscono all'opera, con tanta diligenza redatto dal Cutore e con tanto zelo edita dalla Casa Idelson, una originalità, un interesse e direi financo una attrattiva veramente singolari.

Questa pubblicazione dimostra quanto possano, anche nelle scienze fondate su nozioni naturalistiche, la personalità di apprezzamento ed, in conseguenza, l'originalità del metodo. L'Anatomia topografica la quale sembrava ormai rinchiusa, con le sue regioni, dentro limiti che autorevoli tradizioni scolastiche facevano ritenere inamovibili, modifica, mediante il metodo originale del Cutore, le sue linee fondamentali, completa lo studio dei rapporti degli organi intracavitari con la superficie esterna del corpo ed accresce notevolmente la sua utilità per la pratica professionale.

Tanto i medici quanto gli studenti di scienze mediche troveranno quindi molto utile l'Anatomia topografica del Cutore, la quale è destinata, senza dubbio alcuno, ad un vero e meritato successo.

A. Pozzi.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta pubblica del 23 novembre 1923.

Presidenza: Prof. G. Vicarelli.

Inaugurazione del nuovo anno Accademico 1923-24.

Il presidente prof. Battistini cede il posto, porgendo il Suo saluto augurale al nuovo presidente prof. G. Vicarelli, direttore della Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università, il quale saluta i colleghi e beneaugura sulla attività dell'Accademia.

Sopra un nuovo trattamento chirurgico della coxa vara.

Camera. — L'O. dopo aver dimostrato che i principali disturbi inerenti alla coxa vara (andatura oscillante, fenomeno del Trendelemburg, contratture dolorose) sono dovuti alla insufficenza funzionale dei muscoli pelvi-trocanterici, sopratutto dei muscoli medio e piccolo gluteo perchè i loro fasci, per il risalimento del grande trocantere (sede della loro inserzione inferiore) hanno perduta la normale tensione e direzione, preconizza, come trattamento della deformità, il ripristino delle condizioni anatomiche normali dei predetti muscoli.

L'O. ha ottenuto questo scopo trapiantando il grande trocantere e conseguentemente le inserzioni femorali dei muscoli medio e piccolo gluteo, in basso sulla diafisi femorale di tanto quanto l'apice trocanterico ha oltrepassato in alto la linea di Roser-Nélaton.

Descrive la tecnica usata e presenta un paziente operato con ottimo risultato col suo metodo.

Negro approva l'interpretazione data dell'andatura oscillante ch'egli stesso ha potuto constatare in altre sindromi cliniche e si compiace del metodo proposto.

Vicarelli consiglia l'O. di seguire gli esiti lontani degli operati, specie se si tratta di ragazze anche per quanto riguarda l'influenza del trattamento sull'evoluzione ulteriore del bacino dal punto di vista ostetrico.

Esistenza di miofibrille nel cuore di embrione di pollo vivente.

Olivo. — L'O. conferma che nel cuore e nei muscoli di embrione di pollo al settimo giorno di incubazione esistono miofibrille, che in prossimità dell'espianto sono disposte a fasci ondulati e sono tutte a rosario e molto lunghe, mentre allontanandosi verso la periferia si fanno gradualmente liscie, più brevi e meno ondulate finchè nella parte marginale della zona di invasione le cellule contengono solamente poche fibrille lunghe, omogenee che ulteriormente si frammentano assumendo il carattere di mitocondri.

Herlitska A. — Chiede all'O. se abbia mai veduto il comportamento di queste fibrille durante la contrazione.

Data la rapidità della contrazione l'O. non è mai riuscito a vedere che cosa avvenga di esse.

Seduta pubblica del 30 novembre 1923.

Presidenza: Prof. G. Vicarelli.

Sull'eliminazione del vapor d'acqua per i polmoni in rapporto all'umidità dell'aria.

Levi. — L'eliminazione del vapore d'acqua attraverso i polmoni non è funzione della tensione del vapor d'acqua nell'aria ambiente, e il contenuto in vapore dell'aria espirata oscilla entro limiti ristretti indipendentemente dall'umidità relativa. Da ciò si deduce che l'epitelio polmonare non si comporta rispetto al vapor d'acqua come una semplice membrana di diffusione, ma presenta un potere di autoregolazione analogamente a quello che possiede rispetto all'eliminazione dell'anidride carbonica e all'assorbimento dell'ossigeno.

Herlitzka osserva che gli esperimenti dell'O. rivestono una certa importanza perchè il potere di autoregolazione dell'epitelio polmonare dimostrato per i gas, esiste anche per il vapor d'acqua. Questo non esclude processi di diffusione e di evaporizzazione. L'epitelio polmonare avrebbe una funzione analoga a quella che ha la cute.

Morpurgo osserva che il fattore vasomotorio può avere la sua parte nel meccanismo dell'autoregolazione perchè la mucosa delle vie respiratorie è molto sensibile all'umidità dell'aria reagendo vivamente con iperemia all'aria secca.

Il consumo energetico nel lavoro in alta montagna.

VIALE. — Da ricerche comparative fra il consumo energetico nell'esecuzione dell'identico lavoro-tipo a Torino e al Col D'Olen (m. 3000), alla stessa temperatura ambiente, risulta che il lavoro è più economico al piano che in montagna.

Azione della temperatura sul consumo energetico nel lavoro umano.

VIALE. — In esperimenti eseguiti a temperature tra —4° e 25° risulta che il consumo energetico è in genere più alto nell'ambito delle basse temperature. È probabile che nelle basse temperature oltre alle ossidazioni concorrano al ricambio energetico processi interorganici anaerobiotici.

PIETRO SISTO.

Società Lombarda di scienze mediche e biologiche.

Seduta del 24 gennaio 1924.

Presidenza: Prof. A. PASINI, Presidente.

Sul colpo di calore dei bambini.

ETTORRE E. — L'O. premesse alcune considerazioni sul colpo di calore e di sole, che gli esperimenti dello Zironi, del Richet figlio e di altri hanno dimostrato dipendere unicamente dall'elemento calore, riferisce su quattro casi di c. di c. osservati durante il luglio 1923 nel Reparto di Chirurgia infantile dell'Ospedale Maggiore. In due casi si trattava della forma pura, ed uno di questi guarì: nei due altri invece dopo poche ore insorsero vomito e diarrea seguiti da morte dopo pochi giorni. L'O. conferma quanto è stato già osservato che oltre alla alta temperatura occorre la deficente aereazione e l'alta percentuale d'umidità per aversi le condizioni d'ambiente atte a provocare, nei bambini a sudorazione deficente, l'insorgenza del c. di c. Ritiene che debbano annoverarsi in questa forma molte sindromi febbrili brusche alle quali poi si sovrappone l'enterite, e nelle quali spesso sfugge la causa determinante iniziale. Consiglia la balneoterapia anche come profilassi.

Sulle angiocoliti croniche.

AIELLO G. — L'O. ha ricercato in casi di malattie infettive (infezione tifoidea esclusa) le manifestazioni infiammatorie riscontrabili all'esame istologico del fegato; colla reazione dell'ossidasi secondo Gräff è riuscito a stabilire che solo nel 15 % dei casi vi è un processo di angiocolite (accumulo di polinucleati neutrofili in vicinanza dei capillari biliari). Nella tubercolosi anche quando il fegato non è leso si notano frequentemente segni di angiocolite cronica, probabilmente tossica pel passaggio di prodotti tossici; eguale reperto ha osservato nel saturnismo cronico e ne illustra le particolarità. Infine nella litiasi biliare e nelle colecistiti ha riscontrato che i segni di reazione infiammatoria del tessuto epatico sono assai scarsi, il che depone contro la teoria di Naunyn della coesistenza di infezione delle vie biliari e litiasi.

A. CERESOLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Corpi estranei nell' esofago.

Chevalier Jackson (*Journal Amer. med. association*, 29 settembre 1923) riferisce la storia di un bambino di nove mesi (ricoverato in ospedale per essere sottoposto all'operazione per la fimosi) che espulse con le feci uno spillo di sicurezza. La madre interrogata, disse che in realtà un altro bambino più grandicello era stato scoperto mentre introduceva nella bocca del paziente uno spillo di sicurezza. Fatta la radiografia, si vide che nell'esofago vi erano quattro spilli di sicurezza, aperti, che vi si trovavano da circa due mesi. All'esofagoscopia si osservò che gli spilli erano connessi fra di loro in modo tale che con la trazione fatta su uno di essi, si muovevano anche gli altri, sicchè l'estrazione diretta ne era impossibile per il pericolo di perforazione. L'A. quindi pensò di spingere nello stomaco i due spilli più piccoli, con l'intenzione di estrarli poi con il gastroscopio; invece un piloro assai largo ne permise il passaggio nell'intestino, donde vennero espulsi con le feci. Gli altri due spilli, più grandi e rigidi, vennero estratti per la bocca col sussidio dell'esofagoscopio, dopo aver protetto le punte con un metodo escogitato dall'A. Il bambino guarì perfettamente. Particolare degno di nota, è che il bambino mentre aveva ancora gli spilli nell'esofago, teneva la posizione prona, ed invece riprese quella supina dopo l'estrazione.

fil.

Tipo familiare di ulcere gastro-duodenali.

O. Ohly (*Münch. med. Wochenschr.*, 14 settembre 1923) ha raccolto oltre 40 casi di ulcere e cancri gastro-duodenali in individui di nove famiglie diverse; riferisce ancora su altri casi (60) di ulcera, che avevano nell'anamnesi casi di ulcera o di cancro fra gli ascendenti e collaterali.

Dalle sue osservazioni, l'A conclude che, per la genesi della ulcera gastro-duodenale, il fattore ereditario ha un'importanza che non deve essere trascurata. L'ereditarietà non deve considerarsi diretta, ma come minore resistenza di un organo o di un gruppo di organi, fra cui ha particolare importanza il sistema nervoso vegetativo.

Vi sarebbe cioè una condizione di eccitabilità neurogena ereditaria, per cui le lesioni, sia pur piccole, della mucosa gastrica, invece di decorrere verso la guarigione, come nell'uomo normale, si trasformano in ulcerazioni croniche.

fil.

Relazione fra ulcera gastrica e cancro.

Si ammette generalmente che l'ulcera gastrica subisce spesso la degenerazion cancerosa; W. Mayo ritiene che ciò avvenga nel 54 % dei casi, Mc Carty nel 71 %. Altri autori ammettono delle percentuali variabili da 25 a 66 %.

J. Morley (*Lancet*, 13 ottobre 1923) ha osservato personalmente 50 casi di ulcera gastrica che ha asportato con gastrectomia parziale e successivo esame istologico, 10 casi di ulcera trattati con gastroenterostomia e 56 casi di carcinoma.

Nel primo gruppo, ha notato 5 volte una trasformazione cancerosa netta; 5 volte una irregolarità dell'epitelio ghiandolare che era più che altro una reazione infiammatoria banale; in 40 casi nessun aspetto neoplastico.

Nel secondo gruppo, (età media 31 anni) dopo nove anni si aveva un solo morto per ematemesi, gli altri erano tutti in buona salute. Nel terzo gruppo su 56 cancerosi, solo 4 avevano un passato gastrico; gli altri, a parte i segni recenti del cancro, datanti da 12 mesi circa, non avevano sofferto alcun disturbo da parte dello stomaco. Alcuni (13) avevano avuto sintomi simulanti l'ulcera (periodicità delle crisi, conservazione dell'appetito) trattandosi di un cancro ad evoluzione lenta.

Nei malati di ulcera l'operazione di scelta deve essere la gastrectomia parziale, non già in causa di una possibile trasformazione in cancro, ma perchè è impossibile all'intervento di distinguere una ulcera semplice da un cancro che può simularla; la gastrectomia parziale è poi il miglior metodo di cura dell'ulcera.

fil.

Manifestazioni secretorie dell'ulcera gastrica.

È un errore ritenere che nell'ulcera gastrica vi è costantemente ipercloridria, o meglio ipersecrezione. La secrezione, e l'acidità, possono essere non di rado diminuite, e talora abolite, come ha visto J. Bell in quattro casi su 37. È quindi illogico somministrare sistematicamente abbondanti dosi di alcalini: ne può seguire un'alcalosi, con disturbi più o meno gravi. (*Journal A. M. A.*, 8 dicembre 1923).

DORIA.

Resezione longitudinale della piccola curvatura dello stomaco per ulcera.

Keiser ricorda l'importanza che deve avere nell'insorgenza dell'ulcera l'apparato circolatorio dello stomaco e in quest'ordine di idee fa rientrare una teoria di Grawitz: che cioè ad un dato momento della vita lo sviluppo

degli organi interni non segua di pari passo il rapido accrescimento del corpo in lunghezza e ne derivino — per quanto riguarda lo stomaco — trazioni della piccola curvatura con esagerate distensioni dei vasi e restringimenti del loro lume, i quali portano, con o senza lesioni anatomiche, a processi trombotici dei vasi stessi, ad alterazioni nutritizie dei rispettivi territorii di mucosa gastrica.

Per il trattamento dell'ulcera che si stabilisce sulla piccola curvatura, si contendono il campo la cura conservativa, mediante gastro-enterostomia, e la cura radicale della resezione. La resezione alla Billroth è la razionale, ma è troppo grave per un'affezione benigna.

L'A. osserva che, abbia il valore che si vuole, la teoria di Grawitz sopraddetta, gli accorciamenti patologici della piccola curvatura sono un fattore di grande importanza nella patologia funzionale dello stomaco, e che basta una retrazione cicatriziale anche di piccolo grado a suo carico per dare — pure con piloro pervio — ritenzione nello stomaco. Lo stesso avviene per accorciamenti operatorii, specialmente per escissioni cuneiformi. Mentre gli allungamenti della piccola curvatura, come ad es. nella piloroptosi, non danno affatto o solo tardivamente alterazioni di canalizzazione.

Perciò egli venne nell'idea di allungare ad ogni costo la piccola curvatura e studiò ed eseguì l'operazione che già è detta dal titolo stesso.

Essa consiste in: escissione romboidale o ovalare dell'ulcera spingendosi in tessuti sani, e consecutiva sutura a due piani in direzione longitudinale. Quando ci sia pericolo di sacrificare per questa via troppa parete gastrica ed averne in conseguenza uno stomaco a clessidra, si può suturare il tratto mediano della perdita di sostanza, tanto avanti che dietro, in direzione trasversale anzichè longitudinale, e tutto il resto longitudinalmente. Molto grave non deve essere ad ogni modo questo pericolo, secondo l'A., se la sua prima paziente, operata in aprile per ulcera penetrata nel fegato e nel pancreas e con una nicchia che aveva quasi l'ampiezza di una palla da bigliardo, non ha riportato alcuna stenosi evidente, pure avendo avuto la sola sutura longitudinale. C'è in essa un piccolo ristagno dopo 6 ore, ma non le procura dolori affatto.

I vantaggi di questo modo di operare consistono, secondo l'A., nell'allungamento della piccola curvatura, e nella conservazione di continuità della grande.

B.

Sopra l'insufficienza ileocecale.

Sulla scorta di 1000 casi N. Jones (*Amer. Journ. of med. sc.*, novembre 1923) deduce che un'insufficienza ileocecale dimostrabile radiologicamente con clistere di bario si può osservare anche in persone del tutto normali, ma di rado.

Oltre l'80 % dei casi di insufficienza ileocecale si osservano in pazienti con cieco mobile.

Non è rara l'insufficienza ileocecale nei sofferenti di disturbi addominali: essa provoca allora stasi nell'ileo, con fenomeni d'intossicazione e talora con lieve diarrea cronica.

Probabilmente dipende in questi casi da disturbi della normale funzione ritmica dell'intestino, con disfunzione dei centri automatici neuromuscolari descritti da Keith intorno al cardias, allla valvola ileocecale, e in diversi punti del duodeno, del digiuno, del colon, del retto. Simili disturbi si possono avere anche nelle malattie generali e dopo d'uso di purganti.

I disturbi accennati talora scompaiono col semplice trattamento dietetico, talora occorre anche un intervento chirurgico (colopessia, ileosigmoidostomia, appendicectomia, colecistectomia, ecc.) il quale da solo generalmente non basta.

DORIA.

Forme subdole di appendicite.

Lestocquoi e Doucarellis (*Gazette des hôpitaux*, 13 ottobre 1923) osservano che i sintomi classici dell'appendicite possono essere fugaci e che dopo scomparsi il giudizio diagnostico dovrà basarsi molto sull'anamnesi. All'esame obbiettivo si potrà trovare solo qualche lieve resistenza difensiva delle pareti addominali, specialmente in corrispondenza delle fosse iliache, un dolore alla palpazione diffuso all'epigastrio e polimorfo, assenza di dolorabilità al punto di proiezione cutaneo dell'appendice. La diagnosi potrà essere facilitata dall'esplorazione rettale o vaginale. Specialmente in caso di bambini, si potrà ritenere trattarsi di solo imbarazzo gastrico e si penserà all'appendicite solo quando il malato incomincia a vomitare ed a mostrare intolleranza per gli alimenti, e quando il polso, pur non essendovi febbre alta, si fa frequente.

Anche la tifoide può simulare l'appendicite; orientano la diagnosi verso questa la frequenza notevole del polso, la leucocitosi, l'assenza di splenomegalia, la negatività dell'emocoltura e della sierodiagnosi. L'appendicite può essere simulata anche dall'ittero.

Vi sono poi appendiciti atipiche con complicazioni epatiche; altre con complicazioni meningee, in cui la sindrome meningea può ma-

scherare ogni sintoma appendicolare ed indurre alla diagnosi di meningite. In tutti questi casi la prognosi è riservata.

In complesso bisogna abituarsi a prospettare l'eventualità di una appendicite nelle forme febbrili tossiche, anche se mancano i segni ritenuti classici dell'affezione appendicolare.

fil.

La cura delle ptosi gastriche.

Nelle gravi ptosi definitive con inanizione e disturbi nervosi, P. Carnot (*Paris méd.*, 1923, n. 19) consiglia il riposo assoluto in letto e la rialimentazione progressiva frazionata a base di latte, *purée*, uova, bodini, gelatine di frutta Col migliorare delle condizioni generali, si permetterà la stazione eretta a distanza dai pasti, previa applicazione della fascia elastica. Bisogna andare molto cauti prima di riprendere la vita abituale. Nelle ptosi migliorabili, con disturbi di modico grado, dopo un breve periodo di riposo assoluto e di alimentazione frazionata, progressiva, si permetterà al malato di riprendere le sue occupazioni abituali, ordinando pasti frequenti e poco abbondanti, riposo orizzontale in decubito destro dopo i pasti, fascia elastica durante la stazione eretta; alternare tale regime con periodi brevi di riposo assoluto. Nelle ptosi leggere, oltre al riposo dopo i pasti, si prescriverà la ginnastica allo scopo di rafforzare i muscoli addominali anteriori e di restituire il tono primitivo agli apparati sospensori e motori dei visceri.

fil.

La prescrizione degli aperitivi.

Dai noti esperimenti di Pawlow, si deve ritenere che la digestione è funzione della sensazione gustativa, la quale origina la secrezione gastrica psichica, che alla sua volta è la base della digestione gastrica. La terapeutica degli aperitivi va dunque modificata, fornendo delle preparazioni che corrispondano allo scopo di eccitare le papille boccali gradevolmente, per rispondere alla fisiologia del gusto, ed al massimo grado, pur senza pregiudicare la secrezione gastrica. Secondo tali principii, L. Meunier (*Presse Médicale*, 13 ottobre 1923) riconosce che le preparazioni dell'antica farmacopea prescritte in forma tale che non entra in contatto con le papille boccali (come le pillole e le polveri) non rispondono affatto allo scopo.

Da usarsi con moderazione sono i preparati a base di alcool, perchè costituiscono un'arma a doppio taglio, in quanto che sono utili come amari, ma nocivi per l'alcool che distrugge i fermenti gastrici. Sono consigliabili i seguenti preparati: Cacao g. 50; Corteccia di china g. 25; Corteccia di arance amare g. 15; Alcool a 60° g. 50; Vino bianco un litro; Macerare per otto giorni. Oppure le seguenti gocce: Tintura di genziana cmc. 7; Tintura di badiana, Alcoolato di limone, ana cmc. 10; XX-L gocce.

Sarebbero invece da preferirsi aperitivi del tipo dei seguenti: Sommità fiorite di centaurea, Radice di genziana, Corteccia di arance amare, ana g. 20; Carbonato sodico g. 10. Macerare per tre giorni in un litro di acqua di cannella; da prendere a cucchiaini. Sono anche consigliate preparazioni a tipo masticatorio, che agiscono sulle papille boccali con un massimo di durata. A tale scopo si può usare la gomma *chicle:* Polvere di genziana cg. 50; Zucchero g. 4; Gomma *chicle* g. 12; Glicina q. b. per aromatizzare; fare massa in mortaio, a caldo, e dividere in pastiglie masticatorie.

fil.

Il latte totale acidificato nell'alimentazione infantile.

È noto che l'aggiunta di acido al latte di mucca lo rende più digeribile; così modificato, esso non tende a neutralizzare il succo gastrico; inoltre non contiene generalmente batterii patogeni, dà piccoli coaguli, stimola la secrezione biliare, favorisce l'assorbimento dei grassi, delle proteine, come dei sali e stimola anche le contrazioni gastrointestinali.

Il latte può acidificarsi mediante diversi batterii produttori di acido lattico, ma è pratica che può dar luogo ad inconvenienti e non è priva di difficoltà. W. Mckim Marriott e L. T. Davidson (*Journal Amer. Medic. Association*, 15 dicembre 1923) consigliano di acidificarlo mediante l'aggiunta di acido lattico. Si fa anzitutto bollire il latte per 5 minuti, si lascia raffreddare, si leva la panna e vi si aggiunge dell'acido lattico in proporzione di g. 7.5-8.5 per litro. Ne risulta una preparazione molto omogenea, che si conserva bene anche se non tenuta al fresco, perchè i batterii non vi si moltiplicano. Esso conviene bene nell'alimentazione del bambino e si usa non diluito a meno che non si abbia a che fare con diminuzione della capacità digerente. Vi si possono aggiungere gli idrati di carbonio che si desidera.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla concentrazione relativa di alcuni costituenti dell'urina.

La teoria della fibrillazione e riassorbimento (S. Underhill: *Brit. med. journ.*, 21 luglio 1923), ammette che i glomeruli filtrano dal plasma tutti i costituenti dializzabili, alcuni dei quali sono poi riassorbiti dai tubuli insieme con l'acqua (sostanze cosidette con soglia), mentre gli altri che rimangono vengono a trovarsi più concentrati nel liquido (sostanze senza soglia). Le sostanze senza soglia devono quindi trovarsi concentrate in egual misura, nell'urina, in rapporto alla concentrazione che hanno nel plasma, cioè devono avere ciò che si dice lo stesso rapporto di concentrazione (ad es. nell'urina devono essere tutte 3, 4, 5 volte più concentrate che nel plasma).

Esperienze in proposito furono compiute dall'A. sul gatto decerebrato. Una causa di errore che è difficile evitare è l'inesatto apprezzamento della percentuale di sostanza presente nel plasma e rispettivamente nei corpuscoli: l'analisi sul sangue estratto non sempre c'informa su quello che accade nei vasi.

Dalle ricerche è risultato che l'urea è concentrata ad un rapporto diverso che la creatinina e i fosfati inorganici, ciò che si spiega male con la teoria indicata, a meno di voler ammettere che i tubuli possano riassorbire anche sostanze senza soglia. Sembra però più probabile che le cellule dei tubuli possano anche loro secernere queste sostanze, secondo le circostanze del momento.

Una relazione determinata vi era tra le quantità delle tre sostanze escrete nell'unità di tempo; la quantità emessa era in rapporto probabilmente con la quantità di sangue che traversava il rene. In due minuti scompariva dal sangue il 75-90 % dell'urea e della creatinina iniettata, probabilmente perchè passava nei tessuti che la tenevano in riserva. Infatti la concentrazione nel sangue rimaneva poi per lungo tempo costante, malgrado l'eliminazione urinaria.

I fosfati inorganici lasciavano il sangue assai più lentamente.

DORIA.

IGIENE.

L'azione disinfettante della stiratura sulla biancheria.

Già lo Svehla nel 1909 aveva dimostrato che la biancheria inquinata artificialmente da bacilli diversi, diventava sterile allorchè veniva sottoposta alla stiratura mediante un ferro da stiro, riscaldato a circa 200°. Se le biancherie sono piuttosto spesse, si ottiene la completa disinfezione passando il ferro da stiro da ambe le parti. L'Istituto di Berlino per le malattie infettive, ripetendo le stesse ricerche, ha osservato che la disinfezione non si ottiene sicuramente se la temperatura non raggiunge i 250°, ciò che è assai difficile ottenere.

L. Piras (*Igiene moderna*, settembre 1923) ha ripreso il problema che si presenta realmente interessante per i risultati pratici che si possono raggiungere. Ha usato spore del carbonchio, bac. coli e stafilococco piogene aureo, sia inquinandone fili di seta, sia impregnandone la biancheria. Le esperienze sono state fatte in una lavanderia-stireria meccanica con calandre a vapore. Le temperature sperimentate hanno variato da 140° a 200°; lo spessore delle stoffe da 1/10 di mm. a 4 mm.; i tempi di esposizione al calore da 27 a 54 secondi.

Dal complesso delle esperienze risulta che le spore del bacillo del carbonchio non sono mai state uccise. Con gli altri germi, i risultati collimano con quelli di Svehla, confermando l'efficacia del metodo. L'uccisione dei germi è stata ottenuta costantemente quando le stoffe erano umide, anche con temperature non molto elevate se lo spessore delle stoffe non era grande; con spessore di 4 mm. era necessaria una temperatura di 200°. Altrettanto non può dirsi se le stoffe sono già asciutte quando si stirano, poichè in tal caso la disinfezione si ottiene solo se le stoffe sono molto sottili e la temperatura sufficientemente alta. Con le calandre a vapore a cilindro si ha il vantaggio di poter controllare la temperatura mediante un pirometro e si ha nell'avvenuto asciugamento di stoffe stirate quando erano umide, l'indice dell'uccisione dei germi che si trovavano nella biancheria. I risultati si possono applicare anche ai comuni ferri da stiro, in cui però è necessaria una temperatura più elevata, ma si ha, a mio parere, il vantaggio di poter prolungare il tempo di contatto, ciò che è impossibile con le calandre a vapore. Per l'uso di queste l'A. consiglia le alte temperature e quindi del vapore surriscaldato invece di quello saturo, evitandosi così di arrivare a pressioni molto alte. È poi conveniente adattare la velocità delle calandre allo spessore delle stoffe da stirare, ciò che può farsi agevolmente destinando calandre diverse per i varii tipi di stoffa. L'uso delle calandre a cilindro permette poi un maggior contatto con la sorgente di calore.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Vagotonia e simpaticotonia. — Al dott. G. G., abb. n. 1362:

Non è possibile dare in questa rubrica notizie dettagliate ed esaurienti sull'ancora dibattuto argomento delle simpaticotonie e vagotonie e tanto meno dare indicazioni bibliografiche al riguardo. Potrà formarsi un concetto abbastanza esatto sullo stato attuale della quistione scorrendo le ultime dieci annate della Sezione Pratica del *Policlinico*, che ne ha più volte trattato in recensioni e riviste.

Qui non si può dare altro che uno schema delle due sindromi, che ha naturalmente tutti i difetti degli schemi.

La vagotonia è in genere caratterizzata da: instabilità della frequenza del polso con tendenza alla bradicardia, fenomeno di Erben, riflesso oculo-cardiaco positivo, disturbi cardiaci varii e sopratutto extrasistoli, tendenza alle sincopi, ipotensione vasale, dermografismo, cardiospasmo e tendenza al vomito, piloro-spasmo, iperacidità gastrica, stipsi interrotta di tanto in tanto da diarrea, iperidrosi, vertigini, cefalea, insonnia, debolezza e facile stanchezza.

La sindrome simpaticotonica è caratterizzata da: tachicardia, palpitazione, ipertensione vasale, pulsazione al collo, battito nella testa, ronzii, vertigini, forti vampate alla faccia, orripilazione, chiazze di arrossamento per tutto il corpo, estremità fredde e cianotiche con sensazioni di torpore e formicolio, tremori, tendenza alla glicosuria, difficoltà di digestione con senso di ripienezza, emotività esagerata, tendenza al sonno; tutti questi disturbi ed altri ancora si presentano di solito in forma di crisi accessionale variamente aggruppati.

Come già si è avvertito tali sintomatologie sono affatto schematiche. La prevalenza dei due sistemi antagonisti raramente è così netta fino a dare sindromi pure. Nello stesso individuo si possono avere alternativamente ed anche contemporaneamente sintomi attribuibili a vagotonia ed a simpaticotonia. In effetti i disturbi più che ad anomalia costituzionale del vago e del simpatico sembrano in rapporto ad eccitazioni e ad inibizioni dipendenti da disfunzioni delle glandole endocrine, che per la loro complessità e correlazione producono effetti variabili ed intricati.

G. DRAGOTTI.

Medicinali da evitarsi durante l'allattamento. — All'abb. n. 6644:

La questione da Lei mossa è dominata da due fattori: dalla possibilità o meno di una data sostanza di essere eliminata con il latte e dall'azione — dannosa od utile — che essa può esercitare sul poppante. Il fosfato di calcio, p. es., non viene eliminato; l'antipirina, i suoi derivati, il salicilato di sodio si eliminano in proporzioni tanto deboli da non recare alcun incomodo al poppante; così pure senza influenza sono i borati, il bicarbonato di sodio, il solfato di sodio e di magnesio; di questi due ultimi però va data una quantità moderata per evitare un'azione sulla secrezione lattea. Il ferro, che pure si elimina con il latte, può riuscire utile al poppante.

Altri medicamenti o sostanze, eliminandosi per il latte, possono, se presi dalla nutrice, riuscire nocivi per il poppante. Il cloralio può determinare nel poppante sonnolenza, la belladonna e l'atropina possono provocare fenomeni di midriasi, l'alcool, come è noto, può pure dare dei disturbi e va evitato.

Controversa è l'eliminazione degli oppiacei, con i quali però, in considerazione della grande sensibilità dei bambini a tali medicamenti, occorre andare molto cauti. Lo jodio e gli joduri possono addirittura determinare fenomeni di jodismo. Il mercurio si elimina per il latte, tanto che sono state proposte cure mercuriali in poppanti per tale via. L'eliminazione però è tardiva (10-15 giorni dall'inizio) e variabile, quindi non si può fare su essa un sicuro assegnamento.

Il latte può poi assumere proprietà purgative per l'ingestione di rabarbaro, scamonea, olio di ricino. Ma, fra i medicamenti il più pericoloso è l'arsenico, che passa in forti proporzioni a cominciare da 17 ore dall'ingestione. In una nutrice che aveva preso per sei giorni 8 mg. di arsenico al giorno, si trovò che in 100 cmc. di latte vi era un mg. di arsenico. Il poppante può soccombere per avvelenamento; occorre quindi somma prudenza nella somministrazione di tale medicamento.

A. FILIPPINI.

Periodici italiani di pediatria. — Al dott. A. Cipriani, Sorgà:

«La Pediatria», Napoli (57), S. Andrea delle Dame, 21; «Rivista di Clinica Pediatrica», Firenze, Ospedale Meyer; «La Clinica Pediatrica», Modena, via Cerca, 6 (sono editi dalle Cliniche pediatriche delle tre città).

R. B.

All'abb. n. 10540:

Un recente trattato tradotto in italiano è quello di Kowarschick «Diatermia» (tradotto dal dott. Chiozzi e dall'ing. Vitale, L. 25). Si

rivolga direttamente al dott. Chiozzi di Firenze o ad una qualunque libreria. Buono è anche il libro sulla diatermia di Bowier (Masson, ed.), anch'esso recente.

Per quanto richiede sugli apparecchi ho risposto a parte.

E. MILANI.

Al dott. G. B. G. da L., abb. n. 2690:

La questione della *dieta* e della *cucina vegetariane* è svolta nei trattati di dietetica, fra cui è buono il seguente: *Handbuch der Ernährungslehre* (ed. Springer Berlino) che nel I volume ha un capitolo sulle cure vegetariane. Manuali di cucina per medici sono i seguenti: DORNBLÜTH: *Diätetisches Kochbuch*. C. Kabitzsch Lipsia; JÜRGENSEN: *Kochlehrbuch*. Springer ed., Berlino. In italiano l'Unione tip. ed. di Torino ha pubblicato il seguente: G. A. SUTHERLAND. *Trattato di dietetica*.

Un piccolo manualetto pratico è il seguente: *Centosessanta maniere di cucinare gli erbaggi ed i legumi*. A. Salani, ed., Firenze.

fil.

VARIA.

La psicologia della moda.

V. Montesano riassume nella *Rassegna di studi sessuali* i risultati di uno studio che egli va elaborando sulle origini e le cause psicologiche e sociali del fenomeno della moda.

La moda è uno degl'infiniti atteggiamenti con cui lo spirito umano estrinseca alcune sue innate tendenze le quali probabilmente rispondono a fini di preservazione ed a necessità di convivenza sociale.

Restringendo il concetto della moda alla maniera di vestire, cioè alla manifestazione più evidente, ma anche più superficiale del fenomeno, questo risulta composto di due elementi essenziali, in apparenza contradittorii: uno mimetico, per cui l'individuo cerca confondersi con una certa categoria di altri individui; l'altro di differenziazione, per il quale invece cerca di distinguersi dagl'individui di una categoria diversa.

La moda così esprime la duplice tendenza dell'uomo a mantenere nelle minime apparenze esterne gli attributi di un dato rango al quale si appartiene o si desidera appartenere e nel tempo stesso a distinguersi da coloro che di quel ceto non fanno parte.

È per questo che le mode cambiano tanto più rapidamente quanto più rapidamente e largamente si diffondono, per ricomparire nella stessa foggia quando hanno cessato di essere comuni e sono state dalla generalità dimenticate.

Ma dietro a questa tendenza o meglio alla base di essa, l'elemento generatore è l'istinto sessuale. È il bisogno dell'uomo e della donna, e più di questa che di quello, di richiamare sulla propria persona l'attenzione delle persone dell'altro sesso.

L'abitudine genera noja ed indifferenza, onde la necessità istintiva di ricercare nuovi mezzi esteriori per distinguersi e suscitare la curiosità e, più o meno inconsciamente, il desiderio. Di qui la gara delle signore a ricercare foggie di abbigliamenti, di ornamento, sempre nuove, talvolta persino eccentriche o che paiono tali fino a che l'uso non le abbia consacrate. Valga per tutte l'uso recente nelle signore di tingersi le labbra e quello ancora più recente di tagliarsi i capelli: moda, come tutte le altre, nata dal desiderio o dalla necessità di differenziarsi dal medio circostante e che l'imitazione ha subito resa comune fino a quando qualche altra eccentricità non la farà passare in disuso.

Spesso sono le grandi etère, le venditrici di amore più in voga, quelle che lanciano, più o meno intenzionalmente, una nuova moda (e se ne comprende il motivo, giacchè per esse richiamare sul proprio corpo l'attenzione del pubblico risponde a necessità di guadagno), che poi viene spesso immediatamente imitata e consacrata dalle dame di quella che suol chiamarsi buona società, le quali più o meno inconsciamente, con la novità del vestito e degli ornamenti, anch'esse obbediscono in tal modo all'istintivo bisogno di suscitare la curiosità degl'individui dell'altro sesso ed eccitarne il senso genetico.

La donna si ammanta di originalità per far prevalere la propria bellezza, originalità che perde efficacia con la sua diffusione, donde il rinnovamento continuo.

D'altra parte il fenomeno della moda sembra quasi un aspetto della lotta fra aristocrazia e democrazia. Da una parte c'è la tendenza a distinguersi, dall'altra ad imitare. La massa non potendo livellare l'intelligenza, il valore, la prestanza fisica; il censo, ecc., si sforza almeno di livellare le apparenze esteriori.

Non manca il fattore economico a rendere più accentuato e più rapido l'alternarsi della moda: coloro che ne fanno pieno mezzo di guadagno, eccitano e sfruttano sapientemente la comune tendenza.

Dr.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

La dispensa dell'ufficiale sanitario " nell' interesse del servizio ,,.

Il testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636 regola la formazione del rapporto di impiego, le attribuzioni e il trattamento economico dell'ufficiale sanitario, ma non stabilisce le cause della estinzione del rapporto, i provvedimenti disciplinari e il procedimento relativo. Un accenno indiretto è nell'art. 17, lett. *h*: « il medico provinciale . . . . propone al Prefetto i provvedimenti disciplinari contro il personale sanitario... nei casi e modi determinati dai regolamenti speciali ». In relazione e con riferimento a questa norma, che attribuisce al medico provinciale la « proposta » dei provvedimenti disciplinari contro il personale sanitario, in genere, gli art. 87 a 94 del *regolamento* 19 luglio 1906, n. 446, stabiliscono le sanzioni disciplinari (censura, sospensione, revoca) e le forme del procedimento contro l'ufficiale sanitario.

I motivi che determinano la « revoca » si riferiscono tutti ad azioni ed omissioni di natura disciplinare (art. 90). Ma la estinzione del rapporto di impiego, per atto dell'amministrazione pubblica, può essere resa necessaria da altre cause legittime, che il regolamento non prevede.

A questa lacuna ha supplito l'art. 28 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889.

« L'ufficiale sanitario può *essere dispensato* « dal Prefetto, con decreto motivato, udito il « Consiglio provinciale di Sanità, quando sia « riconosciuto *inabile al servizio* e quando la « dispensa *sia ritenuta necessaria nell'interesse* « *del servizio*. Spetta, altresì, al Prefetto prov- « vedere nelle stesse forme al *collocamento a* « *riposo* dell'ufficiale sanitario ».

Garanzie formali: decreto motivato e *parere* del Consiglio provinciale sanitario; rimedi giuridici: ricorso al Ministero dell'Interno — il quale provvede definitivamente *sentito* il Consiglio Superiore di Sanità — e poi, contro il provvedimento del Ministero, ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato per incompetenza, violazione di legge ed eccesso di potere.

La dispensa per « *inabilità* » e il collocamento a riposo dipendono da cause definibili, sebbene non rigorosamente precisate, e perciò in qualche misura controllabili. Senonchè, non essendo stabilita la comunicazione preventiva dei motivi, al fine di una compiuta istruttoria col concorso dell'interessato, e il giudizio in sede giurisdizionale riguardando la sola legittimità del provvedimento, il controllo dei *motivi* della dispensa per inabilità e del collocamento a riposo può esser fatto utilmente soltanto dal Ministero in base al ricorso.

Ma lo svolgimento dei rimedi gerarchici limita notevolmente la partecipazione difensiva dell'interessato, il quale può presentare documenti e deduzioni scritte ma ignora — nè ha la possibilità di conoscere — i risultati della istruttoria, le osservazioni del Prefetto, ecc. Lo svolgimento è segreto; il controllo è, quindi, imperfetto per quanto autorevole ed obbiettivo possa essere considerato l'organo che lo esercita.

Le cause del collocamento a riposo non sono nemmeno riferite ad una età determinata,, ma sono valutate discrezionalmente dal Prefetto: questa ampiezza rende più delicato il potere.

Ma ci preoccupa specialmente la ipotesi della « dispensa *ritenuta necessaria nell'interesse del servizio* ».

Una valutazione *soggettiva*, che può spaziare in campo così vasto e indefinito, conduce facilmente oltre i limiti della discrezionalità amministrativa.

Sono *possibili* casi di volontà arbitraria; è facile la sofisticazione interessata che induce in errore di buona fede.

Se queste ipotesi si verificassero, la formula della dispensa per l'*interesse del servizio* si presterebbe inattaccabilmente o quasi a dissimulare la volontà arbitraria o a nascondere l'errore.

L'ufficiale sanitario non potrebbe difendersi in tempo nè poi avrebbe la possibilità di agire in sede giurisdizionale, per un giudizio di merito, con le garanzie della oralità e del contraddittorio.

Assunto in base a concorso e, poi, nominato definitivamente in seguito a due anni di prova, l'ufficiale sanitario è costretto a compiere il suo dovere, difficile e delicato anche per gli interessi privati che ne sono necessariamente offesi, in condizioni di incertezza e di precarietà, per effetto delle nuove disposizioni.

Questa situazione di inferiorità ne deprime necessariamente lo spirito di iniziativa e ne attenua la indipendenza che gli è indispensabile per l'ufficio di vigilanza che egli esercita.

Per convincersene meglio basta considerare più da vicino il contenuto del potere di « dispensa nell'interesse del servizio ».

Ad esso sono estranei motivi disciplinari, (assenze, negligenze, mancanze contro l'ono-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

re, ecc.), per i quali sono stabilite le sanzioni della censura, della sospensione, della revoca; vi sono anche estranee quelle condizioni di capacità, di energia, ecc., che sono il presupposto della utilità del rapporto di impiego, sicchè, se mancassero, il Prefetto provvederebbe alla dispensa per inabilità o al collocamento a riposo; cause di natura politica non sono nemmeno ipotizzabili, tanto più che quelle valutabili (atti contro le istituzioni vigenti) sono previste agli effetti della revoca.

Motivi d'ordine morale? Ma, in quanto si concretino in *fatti*, questi motivi sono già considerati e sono repressi disciplinarmente: accettazione di compensi, partecipazioni a benefici ottenuti o sperati, mancanze contro l'onore, ecc.

E allora? In che si concreta la causa effettiva del nuovo provvedimento?

La formula «dell'interesse del servizio» è, per altro, troppo vaga: è necessario che sia *precisata* ed abbia un contenuto controllabile, nell'interesse stesso dell'ufficio; sia precisata per il suo contenuto specifico e per i *fatti* ai quali può riferirsi.

Così come è espressa può essere forse uno strumento pericoloso; è, senza dubbio, una minaccia deprimente.

Il medico, il veterinario, il farmacista, assunti in condotta, non possono essere licenziati se non per motivi gravi e specifici, che devono essere contestati preventivamente; con le stesse forme e con identiche garanzie deve essere deliberata la dispensa per inabilità.

La giurisprudenza è stata rigorosissima nel giudicare delle violazioni dei diritti di difesa e della specificazione dei motivi del licenziamento.

Questa garanzia dei diritti soggettivi pubblici è una delle più sicure conquiste della coscienza giuridica: non possono esserne eccettuati gli ufficiali sanitari, che sono esposti ai risentimenti più aspri per gli atti che devono compiere in ambienti meno disposti ad accettare o a subire il controllo che costringe a fare o a non fare e talvolta offende interessi e pregiudizi.

Questa nota non ha uno scopo aridamente critico, che sarebbe forse ingiustificato perchè l'art. 28 non contiene tutte le norme ma dovrà essere integrato dal regolamento.

È diretta invece a segnalare la necessità di precise disposizioni che stabiliscano, anche nei casi *previsti nell'art.* 28 (dispensa per inabilità o nell'interesse del servizio e collocamento a riposo), la comunicazione preventiva dei motivi e dei risultati della istruttoria, la difesa dell'interessato, il dovere di indicare le prove nella motivazione del provvedimento e, soprattutto, disposizioni che precisino le *cause obbiettive* che possono legittimare la dispensa nell'interesse del servizio.

Il regolamento è forse nella fase di elaborazione; siamo certi che la direzione generale della sanità, tanto benemerita della riorganizzazione della vigilanza igienica, in condizioni difficili, saprà circondare delle necessarie garanzie l'ufficiale sanitario, sentinella avanzata e per ciò più esposta a tutti i rischi.

QUESTIONI PRATICHE.

XVI. — Nullità della graduatoria per irregolare valutazione dei titoli.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 29 febbraio 1924, ha accolto il ricorso del dottor Antonio Cammoranesi contro la deliberazione del Comune di S. Elpidio a Mare, concernente la nomina del dottor Bottiglieri all'ufficio di medico condotto.

Lamentava, fra altro, il dottor Cammoranesi che la Commissione esaminatrice aveva valutato due certificati relativi a corsi di perfezionamento che non erano compiuti alla data della scadenza del termine stabilito nell'avviso del concorso. Per questo motivo di illegittimità la IV Sezione ha annullato la nomina e la graduatoria.

In questo e in altri casi ho rilevato, anche per esperienza professionale diretta, che il Consiglio di Stato segue criteri rigorosi circa la osservanza delle forme e, in genere, delle norme che regolano lo svolgimento dei concorsi, l'attività delle Commissioni, la redazione dei verbali e le preferenze.

D'altra parte, l'esame di molti verbali delle Commissioni esaminatrici mi ha dato modo di rilevare che spesso si procede o almeno si riassume il procedimento nel verbale (elenco e valutazione dei titoli, giudizio comparativo, ecc.) con eccessiva sommarietà, che si presta a censure per difetto o incompletezza di esame.

Accade, per ciò, che concorsi importanti anche per numero di concorrenti, siano oggetto di ricorso e spesso di annullamento per vizi di forma che non corrispondono ad illegittimità sostanziali, ma che tuttavia sono motivo di nullità perchè la forma è garanzia necessaria specialmente nei casi di valutazione discrezionale.

Conviene, dunque, che le Commissioni tengano conto della tendenza rigorosa ormai nettamente affermata dalla IV Sezione del Consiglio di Stato e vi si uniformino non soltanto per la sostanza, al fine della sincerità dei concorsi, ma anche per la forma.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Si deve liquidare la Federazione degli Ordini?

Le elezioni dei Consigli degli Ordini Medici hanno assunto quest'anno quasi dovunque una vivacità insolita.

In qualche provincia si è avuta una lotta a tinta politica evidente, altrove l'elemento politico è stato dissimulato dalla quistione programmatica della partecipazione o del distacco dalla Federazione degli Ordini.

Degli inconvenienti derivanti dall'inquinamento politico è inutile discorrere.

Gli Ordini sono organi schiettamente professionali e disciplinari e devono pertanto mantenersi estranei alle passioni ed alle alternative della politica. I Consigli sono magistrature chiamate a giudicare su quistioni che interessano il decoro della professione, l'onorabilità ed anche l'avvenire dei singoli iscritti. Ed è ovvio che la serenità dei giudici può consciamente o inconsciamente essere offuscata quando gli eletti siano i rappresentanti di un partito politico.

La richiesta di distacco dalla Federazione, e quindi il tentativo di minarne l'esistenza, che è stata la piattaforma elettorale di alcune liste, appare poco giustificata.

La Federazione in questi ultimi anni è stata l'oggetto di acri invettive da parte di qualcuno, ma finora non è stato rilevato alcun dato di fatto che ne dimostri la inutilità e tanto meno il danno.

Si può essere discordi sull'atteggiamento assunto dagli attuali dirigenti in alcune quistioni, come quella delle assicurazioni sociali, ma il dissenso poteva giustificare un cambiamento di governo, non la richiesta dell'annullamento dell'organo.

Viceversa solo chi ha un partito preso può negare che la Federazione abbia delle benemerenze. A mo' d'esempio va ricordata quella dell'aiuto efficace e quasi risolutivo dato ai medici condotti nel conseguimento della tanto sospirata condotta residenziale e del suo mantenimento malgrado gli attacchi di ogni genere ed i tentativi di elusione da parte di amministrazioni comunali di ogni partito.

Nè va trascurato il ricordo della lotta sostenuta dalla Federazione e della vittoria conseguita in materia di tariffe giudiziarie, anche se si trattò di un risultato effimero, annullato da un decreto che fece ritornare i compensi peritali presso che alla primitiva misura avvilente.

Ma anche se la Federazione non avesse avuto finora alcuna attività benefica, resta sempre a dimostrarne le passività, a meno che come tali non si vogliano far passare i pochi centesimi mensili che gli iscritti devono versare.

Perchè distruggere un'istituzione ancora *in fieri* e che ha possibilità di azioni sempre maggiori?

Questa smania di abbattere ciò che faticosamente si è costituito non può altrimenti spiegarsi che con la fiducia che alcuni hanno di far sorgere su la rovina della Federazione e forse poi anche degli Ordini, i così detti Sindacati.

Eppure la esperienza avrebbe dovuto insegnare a tutti che una tale credenza è affatto illusoria.

I Sindacati medici, siano essi rossi o neri, malgrado l'attività e l'entusiasmo dei loro iniziatori, non hanno mai trovato il consenso non dirò della unanimità chè sarebbe pretender troppo, ma della maggioranza degli esercenti l'arte salutare.

I medici sono per abito insofferenti di qualsiasi disciplina anche se liberamente accettata, non hanno spirito di associazione, hanno una individualità che si vuole affermare sempre e su tutti.

La loro unione non può essere ottenuta se non per legge, essi ubbidiscono solo alla disciplina imposta.

Ciò val quanto dire che gli interessi dei medici devono essere tutelati malgrado le loro tendenze.

Ecco perchè gli Ordini se non ci fossero bisogna crearli. Ecco perchè in Francia dove i Sindacati hanno vita da maggior tempo e più prospera che da noi si reclama da ogni parte la istituzione degli Ordini.

I sindacalisti potrebbero insistere perchè gli Ordini abbiano una più netta funzione sindacale. Ma ciò certo non si potrà ottenere annullando la Federazione, che appunto per essere fuori legge ha più facoltà di esercitare tale funzione, e che in effetti, malgrado ogni contrario avviso e malgrado le opposizioni e le resistenze, ha cercato in molte occasioni di fare opera schiettamente sindacale.

Le recenti provvidenze legislative che hanno menomato il prestigio degli Ordini dovrebbero se mai consigliare a rafforzare l'autorità e la efficienza della Federazione.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

In tema di assistenza sanitaria.

L'on. Mussolini ha ricevuto a Palazzo Chigi i rappresentanti della Corporazione nazionale sanitaria e i direttori dei Sindacati nazionali dei medici condotti e dei veterinari presentati dal comm. Edmondo Rossoni, Segretario generale della Confederazione delle Corporazioni sindacali.

Il dott. Arnaldo Fioretti, Segretario della Corporazione e i dottori Vacino e Torti, segretari dei due Sindacati nazionali, hanno esposto al Presidente il plauso e il consenso delle classi sanitarie per l'attuazione della condotta residenziale e per i provvedimenti igienici che la legge stabilisce per intensificare la profilassi delle malattie infettive, per la tutela igienica della razza.

Hanno poi fatto presente che la creazione di un doppio Elenco degli aventi diritto alla assistenza sanitaria gratuita deve essere disciplinata da precise norme per impedire abusi ed inconvenienti.

Il Presidente ha invitato i presenti a formulare proposte concrete, che saranno tenute nella dovuta considerazione quando si passerà alla regolamentazione della legge. Egli ha anche ascoltato ed approvato in linea di principio le idee del dott. Torti, che ha sostenuto la necessità che i servizi veterinari debbano venire unificati in un solo dicastero.

Nuovi Consigli degli Ordini.

NOVARA. — *Presidente*: dott. Prunas Gaetano; *segretario*: dott. Dosi Celestino; *tesoriere*: dott. De Giuli Plinio; *consiglieri*: dott. Danioni Carlo, Provera Cesare, Garampazzi Carlo, Prestinari Carlo.

PALERMO. — *Presidente*: prof. Antonino Bentivegna; *segretario*: prof. Eduardo Calandra; *tesoriere*: dott. Andrea Scarcella; *consiglieri*: prof. Francesco Clemente, dott. Cosimo Urso, prof. Michelangelo Cipolla, dott. Giuseppe Gabrielli.

PERUGIA. — *Presidente*: dott. Bonarotti Enrico; *segretario*: dott. Lupatelli Guido; *tesoriere*: dott. Pimpinelli Francesco; *consiglieri*: prof. Agostini Cesare, Braccini Braccio, Montano Mauro, Pucci Donato.

PESARO URBINO. — *Presidente*: dott. Bonini Bonino; *segretario*: dott. Barbieri Giuseppe; *tesoriere*: dott. Foscarini Ezio; *consiglieri*: dott. Cormio Raffaele, Tonini Gualfardo, Grimaldi Arturo, Grandi Guido.

PIACENZA. — *Presidente*: dott. Dragoni Pietro; *consigliere anziano*: dott. Garovi Luigi; *segretario*: prof. Zanetti Giovanni; *tesoriere*: dott. Caramatti Giovanni; *consiglieri*: prof. Ligabue Pietro, dott. Negri Giovanni, Scotti Antonio.

ROVIGO. — *Presidente*: dott. Tiengo Giovanni; *segretario*: dott. Bergamasco Igino; *tesoriere*: dott. Gasparetto Innocente; *consiglieri*: dott. Slaviero Gherardo, prof. Toni Odoacre, dottori Vacca Vittorio, Pavanetto Ferruccio.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione; vedi fasc.* 11).

	Lire
Dott. Giannelli Nello, Volterra	20
Dott. De Fabris Alessandro, Roma	25
Dott. Fioretti Arnaldo, id.	10
Dott. Bellati Luigi, Corneto	10
Dott. Picconi Gino, Lucignano	20
Dott. Mariotti Giuseppe, Casole d'Elsa	20
Dott. Guerrini Gino, San Giovanni Valdarno	30
Dott. Tonelli Emilio, Vicarello	20
Dott. Romiti Carlo, Colle Salvetti	20
Dott. Panara Cesare, Arpino	10
Dott. Moretti Emilio, Pisa	10
Dott. Giannulli Francesco, Roma	10
Dott. Olivieri Francesco, id.	10
Dott. Locascio Girolamo, id.	10
Dott. Ciolina Nicola, id.	30
Dott. Manassei Casimiro, id.	10
Dott. Fabi Ottavio, id.	20
Dott. Silvestrini Silvio, id.	20
Prof. Elia Luigi, id.	20
Prof. Del Vecchio Guido, id.	50
Prof. Tosti Lelio, Sezze (Roma)	10
Prof. Mercuri Claudio, Roma	10
Prof. Baldassarini Angelo, id.	10
Prof. Ceccarelli Vittorio, San Gimignano	10
Prof. Rugani Luigi, Siena	50
Prof. Rugani Amerigo, id.	50
Dott. Simonelli Francesco, id.	20
Dott. Parmeggiani Alberto, Roma	50
Dott. Silenzi Gustavo, id.	50
Dott. Galimberti Adolfo, id.	50
Cap. M. Silvestrini Armando	80
Cap. M. Trombetti Ernesto	80
Cap. M. Padula Biagio	80
Ten. M. Alfano Vincenzo	70
Col. M. Vaccari Antonio	100
Ten. Col. M. Scoccia Vincenzo	100
Magg. M. Martorano Luigi	90
Cap. M. Bico Francesco	80
Cap. M. Rinaldi Rinaldo	80
Cap. M. De Mare Nicola	32.50
Cap. M. Ziccardi Ferdinando	10
Ten. M. La Terza Ermanno	100
Col. M. Monterisi Nicola	60.65
Ten. Col. M. Ehrenfreund Erasmo	52
1° Cap. M. Nastari Tommaso	33.50
1° Cap. M. Ielardi Carlo	[illegible]
Ten. M. Rossani Giuseppe	20.50
Cap. M. Lenza Gennaro	54.80
Magg. M. La Porta Gabriele	100
Cap. M. Monteduro Umberto	80
Magg. M. Andruzzi Alcibiade	100
Cap. M. Ciccarelli Michele	72
Ten. Col. M. Serrati Meriggio	500
Dott. Dogliani Francesco, Mirandolo	30
Dott. Gioia Amedeo, Bolsena	25

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AREZZO. *RR. Spedali Riuniti.* — Alle ore 12 del 10 apr., primario medico e pediatra; vedi fasc. 11.

BRESCIA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Medico direttore. Proroga alle ore 18 del 31 marzo.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). A tutto il 31 mar., per Morra; L. 6000 e 5 sessenni decimo; L. 2000 cav. Servizio entro 20 g.

MERATE (*Como*). — Scad. 15 apr. L. 5500 p. poveri; da elevarsi a L. 6000 dopo il biennio di p.; tre quinq. di L. 550; se uff. san. L. 500; se servizio ospedal. L. 1000; per mezzo trasp. L. 700. Consor. con Sabbioncello.

PRIGNANO (*Modena*). — Scad. 15 apr.; 2ª cond. Stip. L. 8000, indenn. cav. L. 2500. Tassa di L. 50 da versare all'Esattoria.

SALE DELLE LANGHE (*Cuneo*). — Scad. 20 mar. L. 4000 (*sic*) oltre L. 500 trasp., L. 500 uff. san.

S. SALVO (*Chieti*). — Scad. 31 mar. L. 4500 (*sic.*) per i pov., il cui numero si presume non oltrepassi 250; oltre questo limite e fino a 500 lo stip. sarà portato a L. 5000 (*sic*); quattro quinq. decimo; L. 500 se uff. san.

Gabinetto oculistico moderno, città di Verona, cedesi buone condizioni. Rivolgersi dott. E. Tassoni, Cornedo (Vicenza).

Diffide e boicottaggi.

È proclamato il boicottaggio della condotta medica di Auronzo (Belluno), anche per l'interinato, a favore del titolare dott. Lalli Guglielmo.

È revocata la diffida per la condotta di Cannero (Novara).

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze.* — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna.* — Premio Umberto I. Vedi fasc. 11. Scad. 31 dicembre 1924.

ROMA. *R. Università.* — Due premi di fondazione Girolami da L. 500 ciascuno, sotto deduzione delle tasse di ricchezza mobile e di manomorta, alle due dissertazioni di laurea in medicina e chirurgia, le quali saranno dalla Facoltà giudicate le migliori tra quelle che la Commissione per gli esami di laurea crederà meritevoli di essere prese in considerazione per i premi stessi. In caso di parità di merito verranno preferite le dissertazioni dei laureati nativi di Foligno, come prescrisse il testatore. Il giudizio definitivo sarà dato nel mese di dicembre del corrente anno.

ROMA. *Associaz. Ital. per l'Igiene.* — Premi opuscoli di propaganda. Vedi fasc. 50. Proroga 15 maggio 1924.

ROMA. *Associaz. Profess. Dermosifilografi Italiani.* — Premio Locatelli. Vedi fasc. 45 del 1923. Scad. 15 maggio 1924.

ROMA. *R. Clinica Oculistica.* — Premi Cirincione e Cidoni. Vedi fasc. 17 del 1923. Scad. 31 maggio 1924.

ROMA. — *Ministero della Guerra.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

TORINO. *R. Accad. di Medicina.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

VENEZIA. *R. Istituto Veneto.* — Premio Minich. Scad. 31 dic. 1924. Premio Forti. Scad. 31 dic. 1925. Vedi fasc. 40 del 1923.

BORSE DI STUDIO.

MILANO. *Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde.* — Assegno di L. 4000 ad un laureato in medicina sulla Fondazione Vittorio Em. II. Vedi fasc. 9. Scad. 31 mar. 1924.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

I seguenti maggiori sono promossi tenenti colonnelli medici: Faraggiana, a disposizione del Ministero delle Finanze; Monaco, Ospedale M. di Napoli; Borrù, Ospedale di Firenze; Iannizzotti, Ospedale di Milano; Alfonso, Scuola militare di Modena; Modestino, Ospedale di Firenze; Secchi, Ospedale di Brescia; De Bernardis, incaricato segretario al Ministero della Guerra; Grossi, Ospedale di Torino; Villasanta, Scuola militare; Giordano, Ospedale di Torino; Rinaldi, Infermeria di Cava dei Tirreni.

Con R. Decreto 20 dicembre 1923, pubblicato nel *Bollettino Ufficiale,* Disp. 69, pag. 3510, è stata conferita la Croce di Guerra al valor militare al maggiore medico in congedo cav. dott. Cesare Bacci, con la seguente motivazione:

«Esempio a tutti i dipendenti di calma, serenità, coraggio ed elevato sentimento del dovere, non disdegnò mai di compiere anche umili mansioni pur di portare conforto ed aiuto ai feriti più gravi anche sotto il tiro nemico. Valerisch (Gorizia). Agosto 1916. Polijisch-Oppacchiasella. Novembre-dicembre, 1916».

Il dott. Arturo Manna, aiuto chirurgo negli Ospedali di Roma, ha conseguito la libera docenza in patologia speciale chirurgica.

La memoria a stampa si riferisce ai «Poteri di difesa del peritoneo e dell'omento nelle infezioni acute e croniche della cavità peritoneale». Il tema della lezione fu «Calcolosi vescicale». La Commissione, composta dei proff. sen. Pestalozza, Perez, Roncali, Dalla Vedova, Torraca, ebbe parole di vero compiacimento per il candidato, cui facciamo anche noi cordiali rallegramenti.

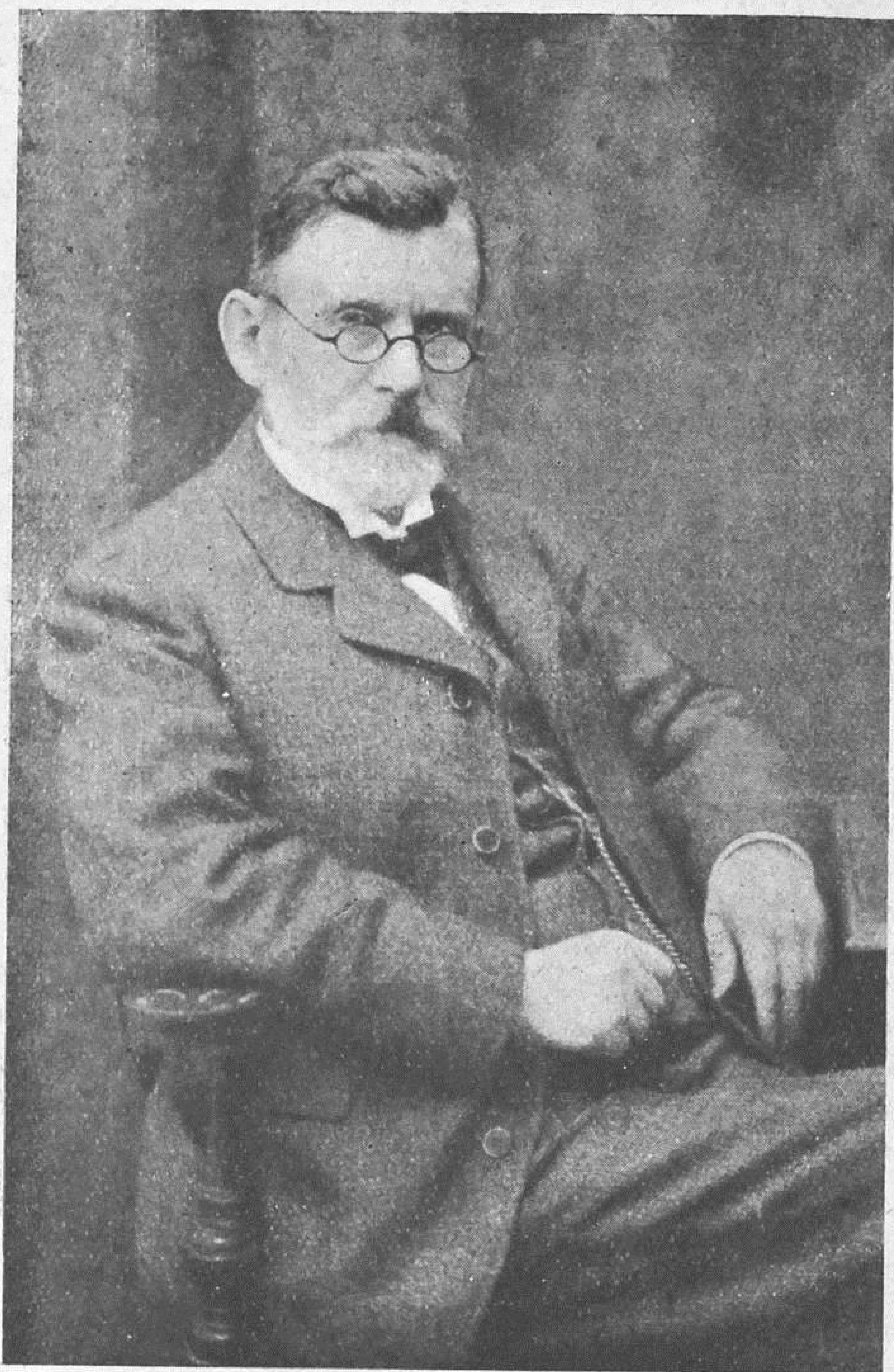
Il prof. Antonino Venza è stato nominato, in esito a concorso, direttore dell'Ambulatorio Medico Municipale del Comune di Palermo.

La scelta dei medici visitatori per Palermo è caduta sui dottori: Catanzaro Lorenzo, La Manna Paolo, Tesauro Alfredo, Cascio Rocca Giuseppe, Cilluffo Antonino, Petrotta Rosolino, Cacioppo Luigi, Cuccia Vito, Cassata Giuseppe, Oliva Gioachino, Di Liberto Francesco, Sciortino Antonio.

Secondo che le esigenze di servizio saranno per richiederlo, altri medici visitatori verranno chiamati al disimpegno delle mansioni del nuovo istituto.

PROFILI.

Paolo Ehrlich intimo.



Paolo Ehrlich è stato uno dei maggiori genî che vantino i nostri tempi.

Conosciamo tutti la sua meravigliosa produzione: il suo nome resterà legato indelebilmente a studi e scoperte fondamentali nel campo dell'ematologia, dell'immunologia, della chemoterapia (disciplina creata per intero da lui), nonchè a metodi, a procedimenti, a concezioni molteplici.

La sig.na Marta Marquardt, che fu segretaria di Ehrlich, ha voluto ora raccogliere quanto riguarda la vita quotidiana del sommo scienziato, in un volume che ella ha avuto la cortesia di rimetterci in bozze (1).

L'esposizione, nitida, vivace, inframezzata di numerosi aneddoti, è interessantissima: ne balza un Ehrlich uomo e lavoratore non privo di stranezze ma ricco di qualità e, a nostro avviso, per nulla diminuito. Essa ha il valore di un vero *studio psicologico*.

Ne spigoliamo alcuni dati. Cominceremo da qualche richiamo biografico.

***

Ehrlich nacque nel 1854; fu scolaro di Haidenhain, Cohnheim, Waldeyer, Weigert (suo parente); nominato primario al « Charité », con Frerichs, ebbe poco doco conferito il titolo di professore e conseguì la docenza privata; fu poi fatto professore effettivo « straordinario ».

Avendo contratto una tubercolosi di laboratorio, dovette smettere le sue occupazioni; si recò e rimase a lungo in Egitto, ove guarì completamente. Tornato in patria, Koch lo chiamò nell'Ospedale « Moabit », e poi nell'Istituto per le Malattie infettive. Fortunatamente il genio di Ehrlich venne compreso e quasi divinato dal direttore dei servizi sanitari, Althoff, che gli affidò un Istituto serologico e poi l'Istituto di Terapia sperimentale di Francoforte sul Meno, cui fu annesso in seguito l'Istituto chemoterapico Georg Speyer, dovuto a munificenza privata.

Ehrlich ricevette tardi il titolo di professore ordinario (la sua qualità d'israelita vi si era opposta a lungo). Infine si addensarono sul suo capo tutti gli onori, dal premio Nöbel al titolo di primo consigliere aulico con l'appellativo di « eccellenza ».

***

Nel corso dei suoi studi, egli venne particolarmente attratto dalla chimica e dalla matematica, che guidarono sempre il suo pensiero secondo uno sviluppo logico rigoroso.

Cominciò a interessarsi alla dinamica molecolare delle colorazioni: così giunse alla differenziazione degli elementi ematici (gli eosinofili sono detti anche « cellule di Ehrlich »), alla genesi delle anemie, alla colorazione dei germi acido-resistenti (metodo di Ehrlich), alla colorazione vitale. Le affinità dei colori verso la materia organizzata lo indussero ad occuparsi della struttura stessa della sostanza vivente e, quindi, a indagare il meccanismo della nutrizione, donde passò all'azione dei veleni sul protoplasma e poi, ancora, alla struttura del veleno difterico, all'azione delle tossine vegetali, alla titolazione delle antitossine, alla genesi dell'immunità, studi che culminarono nella teoria delle catene laterali. Dall'azione terapeutica dei sieri passò a quella delle sostanze chimiche, dischiudendo un nuovo campo di ricerche, in cui giunse a preparare gli arsenobenzoli.

È, tutto questo, uno sviluppo organico, continuativo, del suo pensiero, scaglionato di scoperte meravigliose. Il suo nome è associato anche a metodi e procedimenti d'importanza secondario (la prova di Ehrlich nell'emoglobinuria, la diazoreazione, ecc.).

***

La sig.na Marquardt ebbe consuetudine quasi quotidiana con Ehrlich per 13 anni.

Dapprima ella fu assunta in prova, per tre ore al giorno. Ehrlich era rimasto deluso di una precedente segretaria, la quale scriveva tutte le frasi mozze, contorte e spesso ricominciate più volte, che Ehrlich dettava (egli non era un felice par-

---

(1) « *Paul Ehrlich als Mensch und Arbeiter* ». Un vol. in-8° pier. di p. 112, con 6 fototipie. Deutsche Verlags-Anstalt: Stuttgart, Berlino e Lipsia, 1924.

latore). Ciò lo obbligava ad un lavoro penoso di rifacimento e faceva perdere molto tempo. Invece la nuova segretaria seppe essere una vera collaboratrice: ella si rese indispensabile, non meno di Kaderheit, il *factotum* di Ehrlich, sempre in moto per il laboratorio anche quando, fatto vecchio, si trascinava con qualche stento.

Il compito cui Ehrlich attribuiva sempre la massima importanza, era quello di predisporre le esperienze per i suoi collaboratori ed aiuti; all'uopo egli faceva uso di grandi blocchi di carta, a vari colori; sui fogli scriveva i programmi, con matite anch'esse svariamente colorate: i colori rispondevano a gruppi di esperienze. Di lapis colorati aveva sempre piene le tasche.

Durante la malattia che doveva condurlo a morte, Ehrlich dichiarava che la sua migliore invenzione era stata quella dei «blocchi» e che, se le sue condizioni di salute gli avessero consentito di continuare a giovarsi del sistema, avrebbe trovato, indubbiamente, una dozzina di rimedi paragonabili al salvarsan.

Per fissare le idee o per eseguire dimostrazioni, Ehrlich utilizzava qualunque superficie gli si parasse avanti: il suo studio era saturo di formule e di appunti sulle porte, sugli stipiti, sui mobili... Non di rado si serviva perfino dei propri polsini, con i quali, per altro, era sempre in lotta. Una volta, a pranzo con Bulloch, in una trattoria, trovò a propria portata delle cartoline illustrate, e ne sgorbiò una cinquantina, che poi dovette pagare suo malgrado... Un'altra volta, discutendo con Koch, e non trovando nessuna superficie libera adatta, si chinò per terra e disegnò sul pavimento, con un lapis colorato, una magnifica figura schematica... Viaggiando in treno con un parlamentare e non avendo sotto mano nessun foglio di carta, illustrò la teoria delle catene laterali col lapis colorato, sulle suole delle proprie scarpe!

Odiava gli spazi liberi: nel suo studio i mobili, le sedie, gli angoli, erano tutti ingombri da cataste di cartelle, fascicoli e scartafacci; i visitatori, invitati a sedere, erano costretti a rimanere in piedi. La sua scrivania non è mai potuta servire per scrivervi!

Sempre attratto dal lavoro, non aveva ora per i pasti: lasciava regolarmente raffreddare la colazione. La sua signora doveva chiamarlo più volte a cena, per mezzo del telefono: e quando, finalmente, egli si era deciso a indossare il mantello ed a coprirsi, trovava ancora il modo di soffermarsi una mezz'ora, a discorrere con un nuovo venuto.

Si è spesso parlato delle distrazioni di Ehrlich. Esse non gl'impedivano di ricordare dove avesse in serbo un quaderno di appunti, od in quale memoria scientifica dovesse ricercare un dato, od in quale libro avesse nascosta una banco-nota... Poichè uno dei suoi metodi di tesaurizzare, consisteva nel chiudere le banco-note tra i fogli dei libri, per andarle poi a riprendere al momento del bisogno. Qualche volta, però, le ha dimenticate: è accaduto di recente, nell'aprire un volume della sua biblioteca privata, di trovarvi delle carte da 100 marchi, le quali, dato il deprezzamento della carta-moneta, non valgono più nulla!

In genere, però, egli non accantonava il denaro: appena ricevutolo, era felice di disfarsene, per soddisfare le sue grandi passioni: i libri e il tabacco.

I librai, che sapevano come egli amasse tanto i libri, gli mandavano puntualmente gli elenchi delle novità; ed egli ogni settimana acquistava da 10 a 20 nuove opere, che poi riusciva sempre a scorrere, con metodi suoi propri, tra i quali la «lettura diagonale»; il suo fine intuito gli permetteva di pescare sempre quanto poteva interessarlo. Se le dotazioni non bastavano, spendeva del proprio per l'acquisto dei libri. La sua passione per i libri lo induceva a non restituire mai quelli ricevuti in prestito, anche perchè vi apponeva sempre delle note; qualche volta, però, acquistava e rendeva una nuova copia.

Quanto alla passione per il tabacco, egli fumava senza limitazioni, e sigari forti: ogni giorno consumava una scatola di 25 sigari e qualche volta gliene occorrevano due scatole, perchè distribuiva con liberalità i sigari agli amici. Pare che l'intossicazione tabagica abbia determinato l'arteriosclerosi che lo ha condotto precocemente alla tomba. Solo negli ultimi tempi si rassegnò all'astensione assoluta dal tabacco, impostagli dai medici.

Come gustava il tabacco solo se forte, così prediligeva gli odori violenti, perchè, a quanto egli affermava, ne stimolavano il pensiero: la tuberosa, l'oleandro, ecc. Di colori gradiva il rosso acceso e il giallo oro: perciò gli piacevano molto le ginestre, che trovava bellissime in Inghilterra. In pittura si diceva egli stesso «uguale a zero». Della musica non apprezzava che quella semplice, andante, popolare, che lo metteva di buon umore; perciò lasciava che un organetto venisse tutte le settimane a ripetere le sue arie trite nel cortile dell'Istituto. Quanto ai teatri, non gustava che i balli coreografici e le varietà.

Di letteratura s'interessava poco: leggeva con piacere soltanto i romanzi polizieschi e si appassionava a Conan Doyle: era abbonato a un periodico di letteratura poliziesca, che giungeva il sabato sera e che costava la miseria di 30 pfennige al numero: quando lo riceveva, si isolava, per leggerlo tranquillamente... Si divertiva anche ai giochi di pazienza.

Parlava volentieri ad alta voce. Una volta, in Inghilterra, dove è di prescrizione discorrere a voce moderata, durante una discussione molto vivace che Ehrlich sosteneva in un laboratorio, l'inserviente si fece avanti per chiedere allarmato al suo capo: «shall I separate them?» (devo dividerli?). Un'altra volta, pure in Inghilterra, durante un viaggio in wagon-lit fatto in compagnia di Wright e di Bulloch, la discussione, da una cuccetta all'altra, si protrasse animatissima tutta la notte, disturbando gli altri viaggiatori: a nulla valsero le reiterate proteste e perfino la minaccia di espulsione fatta dal personale.

Una specialità di Ehrlich era quella di scherzare rimanendo impassibile, per modo che spesso

disorientava. Il nuovo personale di laboratorio ne rimaneva perfino sconcertato. Una volta, in sua casa, egli si mise a sostenere serissimamente, con grave scandalo degli uditori, che Shakespeare era nato a Weimar: alla fine si comprese lo scherzo.

Forte in latino, amava latinizzare i nomi degli amici; p.es. Wassermann (letteralmente: uomo dell'acqua) era divenuto l'« Acquaticus ». E Pfeiffer (letteralmente: costruttore di pifferi) era il « Pifferaro ».

Malgrado i suoi studi classici, egli era però contrario all'educazione umanistica; dichiarava preferibile una preparazione scientifica e moderna dei giovani.

Spesso rideva come un fanciullo e si arrabbiava come un fanciullo. Ma era d'indole mitissima, incapace di fare qualsiasi male. Quando una persona addetta all'Istituto non rendeva, se ne liberava senza farne mai una vittima: aveva sempre cura di cercargli prima un posto più adatto: perciò erano tutti contentissimi di lui, anche chi se ne allontanava. Era anche benefico: soccorreva molto volentieri, con grosse somme, quanti erano in bisogno e si rivolgevano a lui; lo faceva con molta riservatezza, evitando che la cosa fosse risaputa. Era ospitale ed agli ospiti si consacrava con ogni impegno.

Verso gli animali — di cui ha fatto vere ecatombi — agiva però con rispetto. Fu, per lui, un giorno nefasto quello nel quale, per pietà, si decise a far uccidere un suo vecchio cane, divenuto cieco e colpito da sarcoma, al quale si era molto affezionato.

Rimaneva molto amareggiato dalle critiche, anche se fatte da profani: all'epoca degli studi immunologici, queste ultime culminarono nella parodia teatrale « Doctor Phantasus »: dopo il salvarsan i processi giudiziari provocati da alcune morti, contribuirono ad accorciarne la vita.

Non era trascurato nel vestire: preferiva gli indumenti comodi, facili a indossare e a levare, ma non senza una certa eleganza.

Potremmo continuare a spigolare altri aneddoti e altri rilievi sull'*uomo* — il quale sta sempre sotto la scorza dello *scienziato*.

L'uomo è vivamente lumeggiato in questo piccolo monumento che la devota segretaria ha voluto erigere alla memoria del sommo Maestro.

Malgrado alcune manchevolezze e alcune debolezze, egli fu non soltanto ammirato e circondato da un vero culto e, quasi diremmo, da fanatismo per la sua dottrina e per il suo ingegno poderoso, ma anche profondamente amato per il carattere schietto e per la bontà benefica.

NOTIZIE DIVERSE.

Pro Università italiane.

Si è costituito a Firenze un Comitato esecutivo provvisorio pro-Università, per il completamento dell'Università; è fiancheggiato da tutta la stampa. Un convegno di personalità cittadine indetto dal sindaco, dopo ampia discussione cui parteciparono i proff. Pareti, Pellizzari, Brunetti, Bertagni, ecc., si chiuse col seguente ordine del giorno: « L'Assemblea approva pienamente l'esposizione e il programma del Comitato Provvisorio, per il completamento dell'Università di Firenze, e dichiara di appoggiare con fermi propositi di propaganda e di persuasione l'azione del Comitato stesso per il raggiungimento integrale degli scopi proposti ».

A Messina si è costituito un Comitato pro-Università, allo scopo di raccogliere fondi destinati a mantenere in piena efficienza quell'Ateneo. Ha stabilito varie categorie di sottoscrittori, per somme di L. 500, 1000, 2000, 3000, 5000 e 10,000 in più. Il capitale raccolto sarà convertito in titoli di consolidato con tutte le garenzie di inalienabilità, in modo che nessuna vicenda presente o futura possa distrarre da Messina le somme conferite alla sua Università.

La Deputazione provinciale di Foggia ha deciso di partecipare alla fondazione dell'Università di Bari con L. 200.000.

A Catania si è costituito un Consorzio universitario, cui hanno aderito moltissimi comuni delle provincie di Catania e Siracusa, impegnandosi a contributi annui, che per alcuni comuni sono cospicui.

Ad opera del rettore dell'Università di Parma è stata raccolta quasi per intero la somma necessaria a mantenere quel centro di studi nello stato ante riforma Gentile. La Facoltà giuridica ha istituito una cattedra di Legislazione agraria e la Facoltà medica pensa di fondare una Scuola d'idrologia e idroterapia, per mantenere una tradizione e in omaggio alle celebrate fonti termali della provincia.

Un Sindacato di professori universitari a Bologna.

Presenti il Rettore Magnifico, prof. Sfameni, e parte del Corpo accademico, fu costituita regolarmente la Sezione bolognese del Sindacato nazionale professori universitari per il cui Direttorio sono stati eletti i professori: Carlo Francioni, Pietro Gabriele Goidanich, Pietro Silverio Leicht, Mario Giacomo Levi. In seguito poi alle dimissioni date dal prof. Francioni è stato nominato al suo posto il prof. Domenico Majocchi. A segretario è stato nominato il prof. Frassetto.

Corsi di perfezionamento.

Nei mesi di maggio e giugno prossimi sarà tenuto presso la R. Clinica Dermosifilopatica di Roma un corso teorico-pratico di perfezionamento nella Specialità, per medici.

Perchè il corso si effettui, le inscrizioni dovranno essere almeno 25, ma non superare le 50.

La quota è di L. 300, più le consuete tasse di esame, diploma, ecc.

La domanda di inscrizione intestata al Rettore della R. Università deve essere inviata al Direttore dell'Istituto prof. P. L. Bosellini, Policlinico Umberto I, entro il 10 aprile prossimo.

La domanda deve essere corredata dei seguenti documenti: *a*) fede di nascita legalizzata; *b*) diploma o certificato di laurea; *c*) quietanza di lire 300 rilasciata dall'economo della R. Università.

Un corso di clinica medica infantile, per medici e studenti, francesi e stranieri, sarà svolto all'Hôpital des Enfants Malades di Parigi, sotto la direzione dei professori Nobécourt e Lereboullet, dal 14 al 26 aprile. Saranno trattati, in 20 lezioni, i più moderni problemi della pediatria.

La tassa d'iscrizione, di 150 frs., si riceve presso la segreteria della Facoltà medica.

Per l'Ospedale di Cremona.

Per intromissione dell'on. Farinacci, il Ministero dell'interno ha fatto versare all'Ospedale Maggiore di Cremona la somma di un milione a titolo di sussidio. Quel Consiglio di amministrazione ha suddiviso tale somma fra l'Ospedale, la Congregazione di Carità, gli Ospedali di Crema e di Casalmaggiore e l'Ospedale dei bambini di Cremona.

L'Assicurazione Infortuni dei Militi volontari per la sicurezza nazionale.

Con R. decreto-legge 31 ottobre 1923 il Comando generale della Milizia volontaria per la sicurezza nazionale fu autorizzato a stipulare, con un Istituto assicuratore che desse le dovute garanzie, un contratto d'assicurazione cumulativa a beneficio degli ufficiali, capi squadra e militi della Milizia nazionale, per gli infortuni a causa di servizio.

La stipulazione di questa assicurazione è avvenuta con la Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli infortuni sul lavoro, che il Comando generale della M. V. S. N. ha ritenuto di dover prescegliere fra gli enti assicuratori più importanti del Regno, che erano stati chiamati in gara.

Dal primo del corrente mese, pertanto, gli appartenenti alla Milizia nazionale sono garantiti con indennità per gli infortuni che loro incolgano in servizio ed i Comandi di zona della Milizia devono dare avviso di ogni caso di infortunio all'Ufficio locale prossimiore della Cassa Nazionale Infortuni.

Nel giornalismo medico.

La Stomatologia cambia direzione e sede: dopo 21 anni di vita a Milano passa a Roma, iniziando il 22° anno sotto la direzione del prof. Arrigo Piperno, nostro valoroso e apprezzato collaboratore. Sono d'imminente pubblicazione i numeri arretrati, dopo di che il giornale uscirà regolarmente. Roma così verrà ad essere all'avanguardia della vita scientifica e professionale stomato-odontologica italiana.

I medici laureati nel 1904

sono pregati di comunicare indirizzo ed adesione al collega prof. dott. Filiberto Baffoni-Luciani, Roma, via Firenze 43, telef. 77-81, per partecipare al banchetto del XX anno di laurea, che avrà luogo alla fine di aprile p. v.

Congresso nord-americano di medicina interna.

L'8° Congresso americano di medicina interna si è adunato a St.-Louis sotto la presidenza del dott. Elsworth S. Smith; segretario generale ne è stato il dott. Frank Smithies. Vi hanno partecipato in largo numero medici pratici, ospedalieri, addetti alle cliniche e studiosi di laboratorio.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di novembre 1923.

MALATTIE	29 ott. 4 nov.		5-11 nov.		12-18 nov.		19-25 nov.		26 nov 2 dic.	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	124	535	124	675	158	979	142	901	145	1149
Scarlattina . .	153	501	170	446	161	414	147	418	139	426
Vajuolo e vajoloide.	2	3	3	5	3	3	4	5	3	5
Tifo addominale.	364	841	380	302	393	892	339	715	311	722
Difterite e croup	147	256	204	360	192	322	183	295	174	289
Meningite cerebro-spinale. .	5	5	5	6	4	4	2	2	5	6
Dissenteria . .	11	23	9	11	15	43	10	18	5	10

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica, nessuna denunzia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Ann. Med. Nav. e Col., nov.-dic. — E. EHRENFREUND. Lo stato psichico dei varicocelatosi. — I. BELFIORE e G. FIORITO. Glicobatteri e urina filante.

Rev. Franç de Gyn. et d'Obst., 25 gen. — V. CATHALA e E. BIANCANI. Il secondamento mediante iniezione funicolare.

Paris Méd., 16 feb. — Numero sul cancro.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 gen. — G. MOURIQUAND. Diabete e insulina.

Clinica Pediatr., gen. — R. SIMONINI. Il contenuto in acqua dei tumori. — A. TENCONI. Indice refrattometr. del siero nell'età infant.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 3 feb. — G. BENASSI. Rottura dell'aorta per arma da fuoco

Folia gynaecol., 3. — G. DELLEPIANE. Azione della bile sulla fibra uter.

Riv. Crit. di Clin. Med., feb. — P. BRUSA. Tumori del corpo pineale. — C. CISI. Metabolismo bas. in pediatr. — A. AMATO. Etiologia della scarlattina.

Brazil-Medico, 12 gen. — G. DE ANDRADE. La nevrite ottica retro-bulbare infettiva acuta.

Riv. di Ginec., Ost., ecc., dic. — F. BATTISTINI. Mestruazione e reazioni di focolaio a distanza. — L. HERLITZKA. Ileo paralitico asettico post-operatorio.

New York St. Journ. Med., 8 feb. — J. STURDIVANT READ. La sterilità nel maschio. — DE WITH H. SHERMAN e H. R. LOHNES. L'acidosi, errore diagnostico.

La Clinica (Montevideo), dic. — G. R. LAFORA. Fisiologia dei nuclei grigi della base del cervello.

Ann. Inst. Pasteur, gen. — G. RAMON. Tossina e anatossina difterica. — G. SANARELLI. Il colera sperimentale. — M. NICOLLE ed E. CESARI. Sulla virulenza.

Revue Méd. Suisse Rom., feb. — E. LONG. Torcicollo mentale o sindrome striata. — C. ODIER. Indicazioni e contro- della psico-anal. — J.-E. KUHNE. Il bagno interno o metodo subacquale di Brosch.

Lancet, 1 mar. — C. CHRISHOLM. L'allattamento al seno. — J. JOHNSON-ABRAHAM. Trattamento della gonorrea muliebre.

La Diagnosi, lug.-dic. — M. GUARDABASSI. Inoculazione della malaria in parkinsoniani post-encefalitici. — L. RICCITELLI. Sondaggio biologico degli organi malati.

Giorn. It. Mal. Vener. e d. Pelle, feb. — I. CAPPELLI. Linfogranulomatosi inguin. subacuta di Nicolas e Favre. — D. VAJANO. Erpete recidiv. delle mani: guarigione con raggi ultravioletti. — P. MANASSIAN. Manifestaz. sifilitiche arseno-resistenti guarite col bismuto.

Paris Méd., 23 feb. — A. SIGNORELLI. Ventralizzazione, metodo terapeutico antitubercolare. — V. MANDRU. Sulla profilassi della malaria. — R. TILLIER e T. LAGROT. Poliadenite tubercolare acuta.

Ann. di Oftalmol. e Clin. Oculist., 1-2. — F. REGANATI. Oftalmite simpatica. — D. CATTANEO. Ricerche speriment. sulla sifilide dell'occhio.

Cultura Stomatolog., mar. — M. MANUELLI. Cisti ed epiteliomi paradentali. — B. DE VECCHIS. Sepsi orale e protesi settica.

Rass. di Clinica, Terapia e Scienze aff., nov.-dic. — C. SERONO, E. TROCELLO, A. CRUTO. Ricerche sulla preparazione e azione dell'insulina.

Journal Amer. Med. Assoc., 16 feb. — G. L. HUNNER. Stenosi ureterale. — W. H. MANWARING e al. Studio quantitativo della permeabilità capillare anafilattica. — A. R. DOCHEZ e L. SHERMANN. Streptococco emolitico nella scarlattina. — G. F. e G. H. DICK. Immunizzazione preventiva contro la scarlattina.

Riv. Sanit. Sicil., 1 mar. — F. ARGENTO. Flemmone anafilattico.

Pensiero Med., 29 feb. — P. LURIDANA e G. MARCIALIS. Caso di leishmaniosi viscerale in Sardegna.

Cultura Med. Mod., 29 feb. — F. CINQUEMANI. Lavaggio interstiziale dei tessuti dalla via arteriosa e sue applicazioni all'antisepsi curativa ed all'anestesia regionale.

Prensa Med. Argentina, 30 gen. — M. ACUNA, F. BAZÁN e A. CORREAS. Due casi di morbo di Banti.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI — Roma, 31 Marzo 1924 — Fasc. 13

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

SECONDA CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI.
Direttore: prof. comm. FABRIZIO PADULA.

Contributo alla cura chirurgica della tubercolosi vescicale

per il dott. GENNARO ROMANO, assistente.

Fino a non molti anni fa, le più svariate infiammazioni acute o croniche della vescica facevano pensare quasi esclusivamente *al gonococco*, associato o no ad altri germi comuni.

In seguito, le osservazioni e gli studi dei processi infiammatori e infettivi dell'apparato uro-genitale misero in rilievo, che anche il bacillo di Koch può localizzarsi nella vescica, come nei reni ed ureteri, e produrvi lesioni caratteristiche. Man mano le osservazioni e le ricerche portarono alla conclusione, che la tubercolosi della vescica, dei reni e degli ureteri non è poi tanto infrequente.

Secondo il Marion, circa il 20 % degli infermi, ricoverati nei Reparti specializzati per malattie genito-urinarie, sono affetti da tubercolosi renale o vescicale, isolatamente o unitamente.

Ancor più oltre va il Casper, il quale asserisce che *circa la metà* dei processi suppurativi del rene è di natura tubercolare.

Come età e come sesso, la tubercolosi urogenitale pare sia rara nel bambino e negli individui, che abbiano oltrepassato i cinquanta anni; al contrario tra i 20 e i 30 anni si avrebbe la maggiore frequenza di casi. Per quanto riguada il sesso, non sembra vi siano

differenze apprezzabili, benchè alcuni la dicano più frequente nella donna (Casper) altri, viceversa, più frequente nell'uomo (Caulk).

Stabilito che la tubercolosi non risparmia l'apparato uro-genitale, e visto che la cura medica non ha il più delle volte che una efficacia parziale, la terapia chirurgica è entrata anche in queste forme di tubercolosi, per analogia a quanto già si praticava per le altre forme, con sedi in altri organi; e i risultati si possono dire incoraggianti.

***

Il caso qui appresso esposto, capitato in Clinica nel febbraio dello scorso anno, varrà anch'esso a portare un contributo alla terapia chirurgica della tubercolosi vescicale.

Giovane donna di 28 anni, maritata, con due figli. Il marito e i figli sono viventi e sani. Mestruata a 16 anni, si sposò a 22, ebbe i due figli attuali, con parti fisiologici al termine prescritto. Non ricorda di avere precedenti morbosi degni di nota, tranne una infezione tifoide, sofferta all'età di 9 anni, e delle febbri influenzali quattro anni or sono.

Circa un anno fa cominciò ad avvertire disturbi nella minzione, caratterizzati da bruciori, con in seguito dolori non molto accentuati. L'urina era torbida, rossastra, e a volte con grumi sanguigni. Tali sintomi persistevano all'atto del suo ricovero in Clinica.

E. O. — Costituzione scheletrica e muscolare regolare. Nutrizione discreta, colorito alquanto pallido. L'esame clinico del vari organi e apparati, con speciale riguardo ai reni, vescica e uretra, non mostra fatti apprezzabili. Micropoliadenia generale. Urina alquanto torbida, lascia sedimento abbondante, che all'esame si mostra costituito di muco-pus, cellule vescicali, cristalli di fosfato triplo. Positiva la ricerca del bacillo di Koch. Reazione del v. Pirquet positiva.

L'inferma ha avuta qualche lieve elevazione termica.

Cistoscopia. — La mucosa si presenta arrossata, con chiazze di colore ardesiaco in corrispondenza del trigono.

Diagnosi: Tubercolosi della vescica.

Intervento chirurgico. (Operatore prof. Padula). — Previa preparazione dell'ammalata, e lavaggio vescicale con siero fisiologico, vien praticata la cistotomia soprapubica. La vescica viene poi provvisoriamente fissata alla cute, e si lascia aperto il tratto inferiore per il passaggio di un tubo sifone. Questo viene mantenuto in sito per una ventina di giorni. La ferita residuale guarì spontaneamente in poco tempo dopo la rimozione del tubo-sifone. Contemporanea cura generale specifica e ricostituente. Sintomi subbiettivi scomparsi. Non dolori, non bruciore alla minzione. Urina limpida, senza ulteriore traccia di sangue o muco-pus.

***

Le informazioni della vescica, come insegnano la patologia e la clinica sono prodotte ad opera di quei bacteri, che siano riusciti a penetrare in essa, e a inquinarne il contenuto. La via di penetrazione dei microbi (specialmente del gonococco) è l'uretrale, sia per propagazione di processo nel decorso di un'uretrite sia a mezzo di strumenti (cateteri, sonde, ecc.) che li trascinano meccanicamente dall'uretra.

Altre volte i microbi possono giungere in vescica per via discendente dai reni e dagli ureteri. Riserbandomi di esporre in seguito più minutamente quanto concerne la tubercolosi, non posso, per quanto fugacemente, tralasciare di rammentare che altri germi, oltre il gonococco, sono capaci di determinare lesioni delle vie urinarie.

Anche l'uretra normale e i genitali esterni, specialmente i femminili, ospitano abitualmente dei germi: cocchi, proteus vulgaris (Hauser), bacillo dello smegma, e qualche volta il bacterium coli.

Detti germi, in condizioni speciali, quando è attenuata la resistenza difensiva locale, o per modificate condizioni anatomiche (specie nella donna), dilatazione dell'orificio uretrale esterno, insufficienza dello sfintere vescicale, i germi possono penetrare in vescica, e loro serve di veicolo *molte volte un reflusso di urina* (?)

Il meccanismo di produzione della cistite, in seguito a penetrazione di germi, consiste sia nell'invasione dei tessuti da parte di questi; sia in un'irritazione della mucosa, dovuta al carbonato d'ammonio che detti germi son capaci di sviluppare, decomponendo l'urea. Che anzi questo secondo meccanismo è proprio ed esclusivo di alcuni germi non patogeni (bacterium ureae, micrococcus ureae, proteus vulgaris, ecc....). Parecchi germi patogeni però esercitano entrambe le azioni: penetrazione nei tessuti, con provocazione del processo flogistico, e decomposizione dell'urea, che tale processo aggrava.

Il bacillo della tubercolosi ha invece la proprietà (comune d'altronde anche al gonococco) *di non produrre fermentazione ammoniacale,* (tanto è vero che l'urina permane *acida*); ma di agire esclusivamente sui tessuti.

Cause occasionali favorevoli allo sviluppo della cistite possono essere: ristagno di urina (come avviene nel cistocele, nel prolasso uterino o vaginale, nell'ipertrofia prostatica), lesioni della mucosa (per es. per calcoli).

A tale proposito il Rovsing assicura che sperimentando su animali, coll'introdurre germi patogeni e non patogeni in vesciche sane, questi non esplicarono azione alcuna, invece determinarono cistite in quelli, nei quali era stata in precedenza prodotta stasi urinaria, mediante legatura dell'uretra.

***

Per quanto riguarda il b. di Koch, pare che la via più frequente di penetrazione in vescica sia quella discendente, essendo stata riscontrata in circa 4/5 dei casi di tubercolosi renale, e le lesioni specifiche iniziali si trovano più spesso a livello dell'orifizio ureterale del lato del rene affetto, nonchè del tratto di vescica, che, quando questa è vuota, viene a contatto coll'orificio stesso.

Tali lesioni incominciano con granulazioni, cui seguono poscia ulcerazioni più o meno irregolari e profonde, che gradualmente si estendono in superficie e profondità, producendo diminuzione (sin quasi all'abolizione completa) della elasticità e della contrattilità della vescica, sino a rendere quest'organo incapace di emettere l'urina, oppure, per irritazione del collo, stimolando frequenza di minzione.

Siccome in tali casi la tubercolosi vescicale è intimamente legata a quella renale, mi si permettano qui alcune parole al riguardo.

Innazi tutto rammenterò che è stata per lungo tempo dibattuta la questione se il passaggio dei bacilli di Koch possa avvenire anche attraverso *un rene normale*, e oggi si ammette che *il rene può lasciar passare il bacillo di Koch, senza presentare tubercolosi.*

Ma, rigorosamente parlando, non si può disconoscere che un rene, il quale si lasci attraversare dal bacillo della tubercolosi, sia *istologicamente integro.* Si deve quindi ammettere che *una benchè minima lesione dei suoi epiteli vi sia*, per ispiegare tale passaggio.

Comunque, è dimostrato che *non sempre* la presenza del b. di Koch nell'urina stia a indicare un'affezione del rene e uretere, o anche della vescica, e cioè quando sono assenti gli altri segni clinici e anatomo-patologici, propri di tali lesioni (diminuita funzionalità, presenza di emazie, corpuscoli bianchi, muco-pus, ecc...).

Quindi si può dedurre come corollario della precedente premessa, che può avvenire infezione vescicale da b. di Koch per via discendente (renale, ureterale) senza una vera e propria lesione del rene e dell'uretere.

Tale evenienza rimane sempre però un fatto quasi *eccezionale.*

In genere l'infezione vescicale *discendente* è conseguenza di tubercolosi renale uni o bilaterale; e d'altra parte l'infezione primitiva della vescica può, se mal curata, o se lasciata a sè stessa, attaccare il rene, per via *ascendente.*

Accennerò soltando alle svariate forme anatomo-patologiche del rene tubercolotico, servendomi della classifica del Marion, che è una delle forme più complete e moderne:

I. *Forma granulosa* (localizzata o diffusa), tubercoli diffusi o circoscritti nella sostanza corticale e midollare, *non sempre molto appariscenti.* Fatti degenerativi nei rami arteriosi, specialmente nell'intima.

II. *Forma nodulare*: Rene marmorizzato.

III. *Forma pielica*: Localizzata alle papille e ai bacinetti.

IV. *Forma pielonefritica ulcero-caseosa*: È una forma più avanzata delle precedenti.

V. *Forma raggiata*: Rara. (La si mette in rapporto con infezioni ascendenti).

VI. *Forma idronefrotica*: (completa o incompleta), è in relazione alla obliterazione completa o incompleta degli ureteri o dei calici.

VII. *Forma pionefrotica*: Può essere conseguenza della forma ulcero-caseosa, o dipendere da infezioni miste.

VIII. *Forme cistiche*: Sarebbero dovute a dilatazioni dei canalicoli, a monte d'una stenosi.

IX. *Rene mastice*: Per degenerazione del parenchima acquista una consistenza come mastice.

X. *Rene atrofico*: che può verificarsi per occlusione di rami dell'a. renale.

In genere, almeno nei casi iniziali e in quelli meno gravi, è uno solo il rene colpito; ma, se il processo dura a lungo, specialmente se non curato, può dare luogo all'infezione dell'altro rene. Questa può avvenire o per via ematica, o per via linfatica (gangli lomboaortici) o per via ascendente (dalla vescica infetta). Possono secondariamente essere colpiti i tessuti perirenali, e la forma più comune è la *perinefrite sclero-adiposa.* Le pareti ureterali si ispessiscono, per lo più irregolarmente, con esiti, a volte, in stenosi più o meno complete e complicanze in peri-ureteriti, e conseguenti aderenze agli organi viciniori.

Accennato in breve alle alterazioni anatomopatologiche del rene e uretere, e alla frequenza d'infezione tubercolare della vescica, a mezzo di questi, resterebbe monca questa mia esposizione, se tralasciassi di parlare della via di infezione dei reni.

Allo stato attuale degli studii clinici e sperimentali al riguardo, pare ormai fuori dubbio che ordinariamente il b. di Koch arriva al rene per via ematica, escluso il caso, benchè non frequente, di una infezione primaria della vescica, con propagazione ascendente.

Non sono peraltro eccezionali i casi di infezioni per via linfatica, nè quelli per propagazione per contiguità da organi viciniori (ascessi freddi).

A favorire l'attecchimento della malattia molto può la *predisposizione, intesa anche per l'apparato uro-genetale, come per gli altri organi, come una diminuita resistenza locale da cause svariate* (*traumi* (*anche lievi*), *calcoli, malformazioni, ecc.*).

***

Non è il caso di passare in rivista le varietà anatomo-patologiche delle diverse forme di cistite (c. catarrale acuta e cronica, cistite purulenta, infiammazione difterica della vescica, ecc.), nè la sintomatologia di dette forme, essendo troppo note, e qui fuor di proposito.

Nel caso nostro qualunque di queste forme andò esclusa, oltrechè dai dati anamnestici, dall'esame dell'ammalata. La forma tubercolare, benchè non vi siano sintomi a carico degli altri organi (il che veramente è frequente nella tubercolosi iniziale) ci è data ammattere dalla *positività della reazione del Pirquet*, e dai caratteri stessi della cistite, senza sintomi generali (specialmente febbrili) imponenti.

Difatti proprio nella cistite tubercolare i sintomi generali possono mancare per *molto tempo*. L'infermo stesso, prima che la sua attenzione sia richiamata sui sintomi urinari, non avverte quasi nessun disturbo. Nelle forme lievi si avverte pollacuria, specialmente se le lesioni sono localizzate al collo vescicale, e qualche doloretto nella minzione. Nelle forme gravi o avanzate i sintomi possono essere moltissimi, in relazione alle lesioni anatomo-patologiche; dolori vescicali intensi, incontinenza, che non sempre può attribuirsi alla semplice diminuzione del tono vescicale, ma corrisponde a volte a gravi processi distruttivi del collo vescicale. Abbastanza frequente è l'ematuria, talora abbondante, con durata variabile.

Questa può anche portare a formazione di coaguli in vescica, con sintomi di ritenzione, se questi sono molto grossi. L'urina in genere è acida, e si mantiene tale per lungo tempo dopo l'emissione.

Non tralascio però di rammentare, che disturbi vescicali si possono avere altresì *nella sola tubercolosi renale, senza alcuna lesione della urocisti*. Tali disturbi vanno interpretati come *fenomeni riflessi con punto di partenza dalla pelvi o uretere ammalati*.

Inoltre dobbiamo distinguere una forma *vescicale pura* (come nel caso esposto), e una forma *vescico-renale;* però la distinzione semeiologica è data dall'esame dei reni, che nella prima è negativo.

La quantità di bacilli di Koch nell'urina è variabile. È opportuno tener presente la grossolana somiglianza di detto bacillo con quello dello smegma. Quest'ultimo è più tozzo, e nel campo microscopico si riscontra sparso irregolarmente qua e là, e non a gruppi caratteristici come il primo. Inoltre mentre il bacillo della tubercolosi è acido ed alcool-resistente, quello dello smegma è soltanto acido-resistente.

Ad ogni modo, ad evitare errori è opportuno raccogliere le urine da esaminare, con catetere, previa rigorosa pulizia dei genitali, e praticare possibilmente la prova biologica, iniettando il sedimento urinario, previa lavatura con acqua distillata, nel peritoneo, o sotto-cute alle cavie.

***

Grande importanza ha l'*esame cistoscopico* per la diagnosi. Tale esame purtroppo non sempre è possibile per tante ragioni, non escluse quelle inerenti allo stato della vescica, specialmente quando questa è divenuta quasi inestensibile, per effetto del processo infiammatorio, molto esteso e grave.

La cistoscopia mostra (quando mostra):

a) *nelle forme lievi o iniziali*: a volte nessuna lesione apprezzabile, a volte solo un'iperemia diffusa, che può essere più marcata, in corrispondenza del bassofondo, e degli sbocchi ureterali;

b) *nelle forme gravi o di tubercolosi avanzata*: iperemia diffusa, placche ecchimotiche, granulazioni circondate da alone rosso, erosioni più o meno profonde a colorito grigio-giallastro.

Quando coesiste lesione renale, le placche ecchimotiche, le erosioni, le granulazioni si osservano più segnatamente in vicinanza dello sbocco ureterale del rene affetto, con frequente introflessione, edema di tale sbocco, che rimane perciò nascosto.

***

Terapia. — Va distinta in medica e in chirurgica. La prima, a sua volta può essere generale (elioterapia, vaccinoterapia, iperalimentazione, ecc.) e locale (istillazioni di olio gomenolato o guaiacolato, acido fenico, sublimato, ecc.). Ad ogni modo la cura medica ha molte volte soltanto una efficacia parziale, e si integra con quella chirurgica.

Infatti non può, è vero negarsi che la cura generale esercita un'efficace azione sull'organismo, specialmente negli stadi iniziali dell'infezione, rinforzando i poteri *filattici* e *catafilattici* contro gli agenti infettivi, quando questi sono ancora scarsi e hanno quindi scarse

attività *apofilattiche* ed *ecfilattiche*, ossia scarsi poteri di offesa contro l'organismo invaso, per mezzo delle loro *tossine*. Deve anche riconoscersi che quando si è intervenuto nei primissimi stadi d'un'infezione generale e locale, con adatti mezzi siero-dinamici e farmaco-dinamici, si è giunti a debellare l'infezione e a ottenere anche la guarigione locale.

Ma ciò deve considerarsi *l'eccezione*. La cura chirurgica che si va sempre più estendendo nel campo della tubercolosi sia ossea e glandolare, che viscerale, nella maggior parte dei casi, e quando non vi siano controindicazioni tassative (gravi cachessie, concomitanza di malattie cardio-polmonari e renali gravi, ecc.) *deve essere preferita*, per i risultati soddisfacenti che ha dato e va dando.

Uno dei principi fondamentali che è divenuto, dirò così, dommatico, in seguito all'esperienza è che: *se con qualsiasi mezzo naturale o artificiale, un organo invaso dalla tubercolosi viene ridotto alla più completa immobilità, le lesioni specifiche più o meno rapidamente regrediscono.*

L'esperienza infatti ha dimostrato, che la tendenza ulcerativa e distruttiva della tubercolosi viene facilitata e favorita *dai movimenti dell'organo affetto.* Così i processi osteo-articolari, *quando non venga praticata l'immobilizzazione*, così i processi bronco-polmonari, per il continuo variare (colla funzione respiratoria) della tensione del parenchima, della capacità dell'organo, della quantità e pressione del suo contenuto d'aria, fatalmente progrediscono. Coll'immobilizzazione invece si favorisce il regresso e la cicatrizzazione.

Per le forme osteo-articolari si cerca di raggiugere lo scopo, mediante gli apparecchi rigidi-gessati o ortopedici; per le forme polmonari (quando sono unilaterali, altrimenti mancherebbe la compatibilità fisiologica, sopprimendosi o riducendosi notevolmente in ambo i lati la funzione polmonare) coll'immobilizzazione del polmone sotto la pressione del pneumotorace artificiale.

Alla vescica lo stato di riposo vien dato mediante la cistotomia coll'applicazione del tubosifone, che determinandone lo svuotamento passivo, la mette in istato di riposo, per il tempo necessario alla regressione e guarigione delle lesioni di essa. Non credo accennare la tecnica, essendo troppo nota e comune.

***

Al chiarissimo prof. Padula, mio beneamato Maestro, vadano da queste pagine i miei più vivi ringraziamenti.

SEZIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE MORGAGNI IN FORLÌ
diretta dal prof. SANTE SOLIERI.

Sopra un caso di sifilide vescicale

per il dott. M. LÜTTICHAU, assistente volontario.

È intendimento di questa comunicazione di portare un nuovo contributo alla conoscenza della sifilide vescicale, affezione considerata tuttora rarissima, e di mettere pure in evidenza alcuni particolari di osservazione che, mi sembra, abbiano una considerevole importanza clinica.

Storia clinica. — G. E., di anni 39, infermiera. L'anamnesi sia remota che recente non rivela manifestazioni che possano essere messe in rapporto con una infezione luetica. La paz. è vedova, ha due figli viventi e sani, durante il matrimonio non ebbe mai aborti, il marito morì cinque anni fa d'influenza, prima godette sempre buona salute.

I primi disturbi vescicali della paz. datano da circa sei anni, nei primi tempi si curò da sè con riposo e dieta conveniente ottenendo qualche vantaggio, nel maggio 1919 fu ricoverata nella Sezione Medica di questo Ospedale per una forma influenzale acuta complicata da otite. In questo tempo si accentuarono i disturbi vescicali e la paziente fu curata per cistite acuta con un trattamento medico. Dopo due mesi di degenza fu dimessa migliorata ma non guarita. Nel luglio del medesimo anno, malgrado ogni riguardo e la continuazione delle cure mediche, fu obbligata ad entrare in ospedale per una recrudescenza del suo male. Fu ricoverata nella Sez. Chirurgica diretta dal prof. Solieri. In tale periodo la donna presentava una sintomatologia acutissima e tumultuosa di cistite. Urina scarsa purulenta e sanguigna con alto contenuto in albume, nel sedimento non si osservarono mai nè cilindri, nè elementi renali, nè elementi del bacinetto. Stimolo frequente alla minzione: dolore e bruciore che si esacerbava verso la fine e perdurava anche dopo con sensazione di tenesmo. Febbre con innalzamenti serotini fino a 39°.

Per tali sofferenze era in uno stato di grande abbattimento morale che era aggravato dall'insonnia. Lo stato generale di nutrizione era scaduto. Nulla risultava all'esame clinico degli altri organi. Si iniziò subito una cura medica palliativa in attesa di poter iniziare un trattamento locale, che l'intolleranza assoluta della vescica non permetteva in quel periodo. Ottenuta una certa regressione si iniziò una serie di lavaggi prima con acqua sterile, poi con soluzione di lattato d'Ag. al 1/2-1 per mille. Tale cura non portò grande miglioramento. Il prof. Solieri, ricordando di aver ottenuto altre volte in casi di cistiti ribelli ad ogni cura e specialmente di natura tubercolare, buoni risultati dal trattamento locale con soluzione di sublimato all'1 per diecimila, fece iniziare una serie di tali lavaggi (tale trattamento era tollerato solo facendo prece-

dere una istillazione in vescica di qualche cc. di soluzione di alipina al 3 %) in numero di due alla settimana. Il manifesto miglioramento fece insistere nella cura e la paziente ebbe così 30 lavaggi. Le urine si chiarificarono molto ed i disturbi dolorosi si resero sopportabili. Dietro sua richiesta l'inferma fu dimessa dall'ospedale.

La paziente afferma di essere stata discretamente per diversi mesi, poi i disturbi si fecero sentire di nuovo però in forma attenuata e ad intervalli, tanto da non sentire la necessità di ricorrere al medico. Negli ultimi mesi dell'anno scorso ebbe un aggravamento e nel novembre fu ricoverata di nuovo nella Sezione Chirurgica.

Esame obbiettivo. — Nonostante le prolungate sofferenze la paz. si presenta in discrete condizioni di nutrizione generale. Nulla a carico della cute. Il colorito delle mucose visibile è pallido. Apparecchio ganglionare linfatico normale. All'esame clinico si dimostrano sani gli apparecchi respiratorio e circolatorio. Nulla si osserva a carico dell'addome, eccetto una certa dolorabilità alla pressione esercitata sulla regione soprapubica. Nulla nell'ambito dei genitali esterni. All'esplorazione digitale della vagina si provoca dolore premendo sulla sua parete anteriore. Orificio uretrale arrossato, uretra ben permeabile, vescica irritabilissima, non continente. L'urina emessa si presenta torbida ed un po' sanguinolenta. La sintomatologia clinica e l'esame delle urine depongono per una cistite acuta. Si esegue la cutireazione con risultato negativo.

Si inizia il solito trattamento, che aveva dato nel precedente periodo di degenza discreto risultato, ma si è obbligati a sospenderlo per l'intolleranza assoluta della vescica, nonostante la preparazione con l'alipina. Di fronte alla stranezza della forma clinica e della sua resistenza ad ogni cura il prof. Solieri fa eseguire la sierodiagnosi di Wassermann. La reazione risulta fortemente positiva. Per completare l'esame si fece una cistoscopia, che fu gentilmente eseguita dallo specialista dott. Perucci, col seguente risultato: capacità vescicale diminuita, la mucosa non presenta la sua lucentezza normale, è arrossata ed infiammata e presenta le noti comuni di una cistite. Gli sbocchi ureterici sono normali e da essi defluisce un'urina che non presenta nessun carattere speciale. Il collo della vescica non si potè esaminare per la mancanza dell'uretroscopio.

Le condizioni della paz. non permettevano di attendere per un'altra osservazione completa, perciò si iniziò senz'altro un'energica cura antiluetica di 914 per via endovenosa. Nel medesimo tempo si sospese qualsiasi altro trattamento locale o generale.

Già dopo la seconda iniezione la paz. incominciò a migliorare sia nei disturbi soggettivi come nelle urine che andavano chiarendosi. Completata la serie di 6 iniezioni, tanto clinicamente come all'esame delle urine non vi era più nulla che ricordasse il male per cui la donna aveva tanto sofferto. Ella stessa affermava con entusiasmo di non essere mai stata tanto bene da sei anni a questa parte.

Fu dimessa con la prescrizione di una cura jodica da fare a casa. La paz. gode tuttora buonissima salute e non ha il minimo disturbo, tanto che è ritornata al suo servizio, mentre già era messa nella nota del personale da eliminarsi per invalidità permanente.

La diagnosi dunque in questo caso venne fatta per esclusione. La mancanza di qualsiasi dato anamnestico e clinico, la estrema rarità dell'affezione non avevano consentito di fermarsi prima sull'ipotesi di infezione luetica.

Fournier nel suo trattato della sifilide non parla della sifilide vescicale. Marion nel suo trattato di urologia (1921) dice che tale lesione è rarissima. Gujon nella 4ª edizione delle sue lezioni cliniche nega la possibilità di lesioni sifilitiche della vescica. Con tutto questo però esistono nella letteratura relazioni di numerose lesioni vescicali la cui natura sifilitica non può essere messa in dubbio. Recentemente il Perrucci presentando in un pregevole lavoro la prima osservazione di sifilide vescicale fatta in Italia, raccoglie tutte le relazioni della letteratura che, pur non essendo molte, bastano a dimostrare come la sifilide vescicale non debba poi ritenersi quell'affezione tanto rara come si è creduto fino ad oggi.

Il caso di questo autore è molto interessante tanto per la sindrome clinica quanto per il modo completo con cui fu studiato. Il diagnostico, oltre che dall'esame cistoscopico, fu confortato dal reperto istologico ottenuto con la biopsia, dalla prova di Wassermann positiva e dal risultato completo del trattamento specifico.

Quasi tutti gli osservatori precedenti hanno fatto la diagnosi dopo molti anni per esclusione (Cosacesco) o per la presenza di altre lesioni luetiche (Margulies-Hinder), all'esame bioscopico in seguito a cistotomia soprapubica (Graff K., Danforth, Corbus), o infine cistoscopicamente. Il Graff anzi aprì la vescica nonostante esistesse nel suo malato una concomitante lesione dei testicoli supposta di natura luetica. Un paz. di Picot fu sottoposto per ben due volte a litotrisie e tutte e due le volte si constatò la friabilità del supposto calcolo. Solo dopo otto anni in seguito a cistoscopia si rivelò la vera natura delle lesioni. La Wassermann e più il trattamento specifico confermarono il reperto.

Ciò che si nota di comune in questi osservatori è il fatto che, in generale, la possibilità di una lesione sifilitica fu l'ultima ipotesi che si formulò e ciò anche quando vi erano dati non trascurabili per sospettarla.

Nel nostro caso si pensò alla possibilità di una lesione luetica in seguito all'osservazione del vantaggio già ottenuto dai lavaggi di soluzione di sublimato. Il prof. Solieri nella sua esperienza ha assodato che molte cistiti, clinicamente presunte di origine tubercolare, migliorano appunto con trattamento locale di sublimato. Ora è da porsi il quesito se qualcuna di queste infiammazioni vescicali a decorso cronico potesse rientrare nel quadro di una lue ignorata od anche di qualche forma frustra con Wassermann negativa. Non è improbabile che la sifilide vescicale sia più frequente di quello che si pensa. Il fatto stesso, posto in evidenza dalla moderna terapia, che cioè forme banali delle vie urinarie (pieliti, cistiti) vengano beneficamente influenzate ed anche guarite dalla cura con iniezioni endovenose di arsenobenzolo potrebbe forse avvalorare questa tesi. Non è sufficiente però ad infirmare la diagnosi da noi posta nella nostra osservazione, perchè la forma morbosa già ribelle da anni ad ogni esperimento, e che si era manifestata in donna con Wassermann decisamente positiva e solo un po' migliorata da un sale di mercurio, ebbe dal trattamento specifico un risultato così pronto e deciso che i sanitari e la paziente rilevarono fin dalle prime iniezioni. Solo ora la donna sente di essere veramente guarita. Onde il criterio *ex iuvantibus* non deve essere abbandonato in questo caso, come non lo fu dal Cosacesco, nella sua osservazione di sifilide vescicale in base al risultato del trattamento specifico, quantunque la reazione di Wassermann fosse stata negativa.

BIBLIOGRAFIA.

FOURNIER. *Traité sur la syphilis.* 1re édition, Paris, 1899.

HINDER. *A case of syphilis of the urinary bladder with marked hoematuria.* Australiasan Med. Gazette, 1901, pag. 92.

PICOT. *Un cas de syphilis vésicale et urétrale.* Journal d'urologie, libro II, n. 5, nov. 1902.

GUYON. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires (IV édition, 1903), libro I, pag. 21.

COSACESCO. *Sur la syphilis vésicale.* Journal d'urologie, libro XII, n. 5, novembre 1921, pag. 345.

MARION. *Traité d'urologie.* Masson, éditeurs, Paris 1921, pag. 472.

PERRUCCI. *Contributo alla conoscenza della sifilide vescicale.* Bollettino Scienze Mediche, fasc. nov.-dicembre, Bologna 1922.

Cisti dermoide della vescica.

Contributo clinico

per il prof. SERTORIO MARINACCI
Docente di patol. chirurgica nella R. Università di Roma, Chirurgo-Aiuto negli Ospedali.

L'affezione è molto rara: sono state osservate cisti dermoidi nella vescica e nelle vicinanze. Clado riporta otto osservazioni di cisti dermoidi vescicali: in due casi la cisti era peduncolata, in sei casi essa era sessile e faceva corpo con la parete vescicale: nei casi osservati la cisti raggiungeva al massimo la grandezza di un uovo di pollo: vi furono trovati peli e capelli.

Anche il Thompson descrisse una vera cisti dermoide della vescica che venne asportata in due sedute: risultava di tessuto cutaneo con glandole sebacee e peli.

Le cisti dermoidi paravescicali sono finora state osservate in sette casi, eccezion fatta di quelle dell'ovaia: esse si trovano per lo più nel setto retto-vescicale, in altri casi occupano la sommità della vescica: sono spesso in comunicazione con la cavità vescicale. Segond ha osservato un caso di cisti nel cul di sacco vescico-uterino, che si approfondava fra le fibre muscolari della vescica.

La vescica è danneggiata dalla presenza del tumore specialmente per l'evacuazione: conseguenza inevitabile è una cistite a volte con vegetazioni villose, e spesso con calcolosi secondaria. I sintomi più che in dipendenza della natura del tumore sono in dipendenza della sede di esso e delle complicazioni.

Ho avuto occasione di osservare e di operare un caso di cisti dermoide della vescica e credo opportuno, data la rarità dell'affezione, di esporlo brevemente.

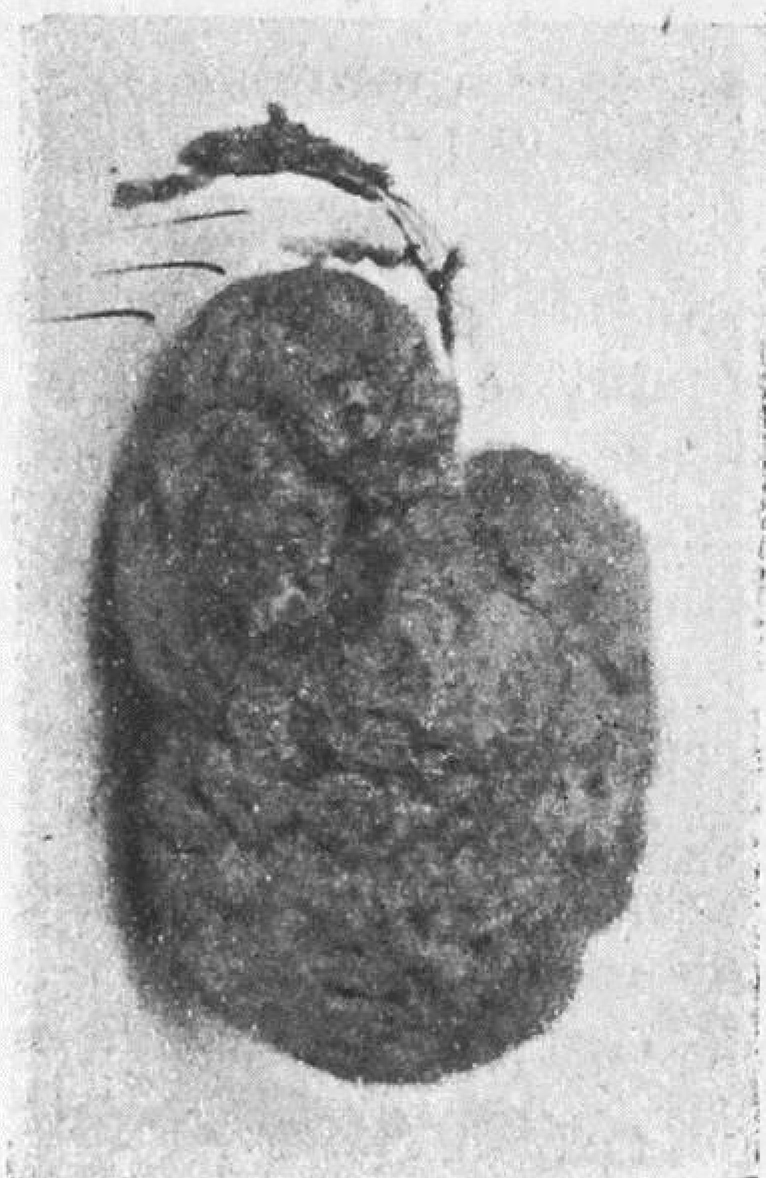
Q. M., da Avezzano. Donna di casa, di anni 30: nulla di notevole nel gentilizio: nulla nell'anamnesi remota; l'inferma ha avuto tre gravidanze a termine con figliuoli viventi e sani. Da tre anni l'inferma si è accorta che nel deposito dell'orina vi è renella: durante l'ultima gravidanza, cioè due anni fa, ha cominciato ad accusare dolori che dall'ipogastrio s'irradiavano verso la regione lombare; inoltre stimolo frequente ad orinare: minzione dolorosa ed emissione di tanto in tanto di piccoli calcoli friabili irregolari: tali disturbi si sono accentuati in questi ultimi mesi.

L'esame generale dell'inferma è negativo ad eccezione di qualche rantolo alla base del torace destro.

Cistoscopia: vescica sensibilissima, poco contenente; cistite del collo e del corpo. Lo stato

della vescica permette solo una breve osservazione; si osservano due o tre calcoli della grandezza di una ciliegia e in corrispondenza della parete laterale sinistra un corpo a superficie lievemente ineguale, della grandezza di una grossa noce, che appare del tutto separato dalla parete vescicale, e che viene interpretato come un calcolo più grande. Dato lo stato di sensibilità e di intolleranza della vescica non si ritiene opportuno il frantumamento endovescicale del calcolo e perciò si decide asportarlo previa cistotomia soprapubica.

Operazione (9 luglio 1922). — Etero-narcosi regolare: cistotomia soprapubica. Si asportano vari calcoli friabili di dimensione varia: si nota inoltre in corrispondenza della parete laterale sinistra un corpo della grandezza di una noce, sferico, a superficie lievemente ineguale, di consistenza molle elastica, aderente solo per un sottile peduncolo alla parete vescicale. Si asporta il tumore eseguendo la torsione del peduncolo; sutura a due strati della parete vescicale; sutura di prima della parete



addominale lasciando un sottile stuello di garza a ridosso della sutura vescicale.

Il decorso post-operativo fu normale, ad eccezione di accessi asmatici di notevole intensità sopravvenuti il giorno seguente all'operazione: l'inferma fu dimessa guarita dopo 15 giorni dalla « Casa di Salute ».

Il tumore asportato ha la grandezza di una noce, a superficie finamente ineguale, di consistenza molle elastica: appare diviso in tre lobi, uno maggiore mediano, due laterali minori: in corrispondenza di uno dei poli si notano dei peli.

Come ho già detto l'affezione è molto rara: sono finora riportate 9 osservazioni di dermoidi vescicali, e solo in due casi la cisti era peduncolata come nel caso da me osservato: onde è giustificabile l'errore di natura della affezione nel mio caso: la diagnosi cistoscopica da me fatta fu di calcolosi, e basai sopratutto la diagnosi nella visione di un corpo nettamente delimitato a superficie ineguale, sferico, che appariva, criterio di somma importanza, del tutto separato dalla parete vescicale; la presenza di altri calcoli avvalorava la mia supposizione: se l'osservazione cistoscopica si fosse potuta prolungare, e avesse permesso la visione dei peli attaccati a uno dei poli, la diagnosi sarebbe stata agevole; come si comprende, nel caso in specie l'errore di natura dell'affezione, non ebbe conseguenza alcuna sulla condotta operatoria.

Nel caso da me osservato la cisti si è rivelata per la cistite e la calcolosi secondaria; come del resto sempre si osserva: per la sede che essa occupava non occludeva gli sbocchi ureterali, non occludeva l'orificio uretrale, non determinava emorragie, agiva a guisa di un corpo estraneo irritando la vescica, e determinando una reazione di essa, con i sintomi ben noti: come si comprende la cura chirurgica è il solo mezzo di cura razionale, che nei casi favorevoli, come nel mio, porta in breve a guarigione completa.

BIBLIOGRAFIA.

BERGMANN, BRUNS. Chirurgia Pratica, vol. IV.
BLOCK et HALL. *A case of dermoid of the female urinary bladder.* Amer. Journ. of med. Sc., 1905, t. CXXIX, p. 651.
CLADO. *Traité des tumeurs de la vessie.* Paris, 1895 (Librairie Felix Alcan).
DORA-TELEKY. *Tumeur teratoide de la vessie chez une femme.* Journ. d'Urologie, t. I, 1912, p. 705.
IKEDA. *Beitrage zur Lehre der epidermoidalen Umwandlung des Harnblasen epithels.* Zeit. f. Ur., 1907, Bd. I, S. 369.
LEGUE. *Traité Chirurgical d'Urologie.* Deuxième Edition.
MUNCK. *Ueber einen Fall von Perforationen der Harnblase durch einen papillomatosen Answuchs eines Dermoidcyctes des linchen Ovarium.* Th. Tubingen, 1901.
THOMPSON. *Die Tumoren der Harnblasen*, 1883.
VERHOOGEN. *Neoplasmi della vescica.* Dall'Enciclopedia Francese, vol. IV, cap. VI.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Il fremito vocale-tattile e la sua palpazione mediata (il fremitometro)

per il dott DOMENICO SARTORI
direttore del Sanatorio S. Pancrazio in Arco (Trentino).

L'importanza della palpazione del fremito toracovocale nello studio delle malattie pleuro-polmonari è da tutti conosciuta e riconosciuta e non è certamente il caso d'illustrarla: invece vorrei far rilevare che l'esame del f. v. t. non è soltanto una ricerca avente lo scopo di confortare od avvalorare una diagnosi già fatta cogli altri mezzi d'indagine, ma che molte volte essa serve a farci precisare una diagnosi ancor dubbia ed in qualche caso anche ad indirizzare diversamente un concetto diagnostico già formato; parlo naturalmente non delle malattie pleuro-polmonari evidenti ed estese, ma bensì di forme quali si riscontrano frequentemente per es. all'esame di ammalati iniziali di tubercolosi polmonare, nelle quali, come è noto, la diagnosi presenta delle difficoltà, talora insormontabili. In altri termini il f. v. t. non manifesta sempre comportamento parallelo a quello di altri mezzi d'indagine.

Recentemente il dott. De Battisti in un interessante studio « Sul comportamento della broncofonia nelle pleuriti essudative » (« La Riforma medica » 1923, n. 33) mette in rilievo il comportamento contrastante da lui osservato fra f. v. t. e broncofonia nelle pleuriti essudative, mentre dai trattati di semeiologia da lui citati, risulta che il comportamento dei due fenomeni dovrebbe esser eguale nelle medesime circostanze. Non posso che associarmi a lui nella conferma del fatto, che io stesso ho avuto ripetutamente occasione di constatare, non solo nelle pleuriti essudative, ma anche in altre manifestazioni pleuro-polmonari, e, non solo nel senso di aumento della broncofonia con diminuzione del f. v. t., ma anche in senso inverso. D'altro lato il contrasto non mi ha meravigliato, per quanto si debba ammettere che quelle cause che favoriscono od ostacolano la trasmissione della voce dovrebbero favorire od ostacolare egualmente anche la trasmissione del f. v. t.; ma pure se consideriamo che i due fenomeni hanno non solo modo differente di produzione, ma anche organi diversi di percezione, se consideriamo cioè che la broncofonia è la trasmissione delle onde sonore, mentre il f. v. t. è prodotto dalla trasmissione alla massa circostante delle vibrazioni prodotte dalle onde sonore — che la broncofonia è percepita dal senso dell'udito, mentre il f. v. t. (come lo dice il nome) è una sensazione puramente tattile, mi pare che dovremmo anzi meravigliarci se i due fenomeni andassero senza eccezione di pari passo in tutte le circostanze morbose. Del resto il fenomeno del Baccelli si basa appunto sulla broncofonia afona, cioè sulla buona conduzione della voce afona attraverso liquidi puramente sierosi, mentre il f. v. t. non viene trasmesso bene. Credo di aver espresso brevemente, quanto ha scritto l'autore sopracitato sotto altra forma; egli fa anzi l'osservazione chiara e sottile che, se « nel succedersi delle onde liquide si osserva un piccolo corpo galleggiante, lo si vede alternativamente sollevarsi ed abbassarsi, conservando però lo stesso posto alla superficie dell'acqua », ciò che gli antichi hanno espresso magistralmente parlando del polso: « unda non est materia progrediens, sed forma materiae progredientis ».

È classico il comportamento del f. v. t. e percussione nella polmonite e nella pleurite, nelle quali affezioni in molti casi si potrebbe fare la diagnosi dal comportamento di essi, saltando addirittura l'ascoltazione.

Più concordanza esiste invece fra il comportamento del respiro all'ascoltazione e quello del f. v. t. ed è naturale, poichè quelle cause che favoriscono od ostacolano la trasmissione del respiro devono in generale favorire od ostacolare nel medesimo senso anche la trasmissione del f. v. t. pur essendo i due fenomeni essenzialmente diversi e valendo anche qui quanto è detto riguardo alla broncofonia. E difatti, prescindendo anche dai rantoli più svariati che si possono sentire con un f. v. t. aumentato, diminuito o non modificato, abbiamo dei contrasti nel senso di trovare già aumentato il f. v. t. in casi in cui il respiro non è modificato o tutt'al più indeterminato e viceversa.

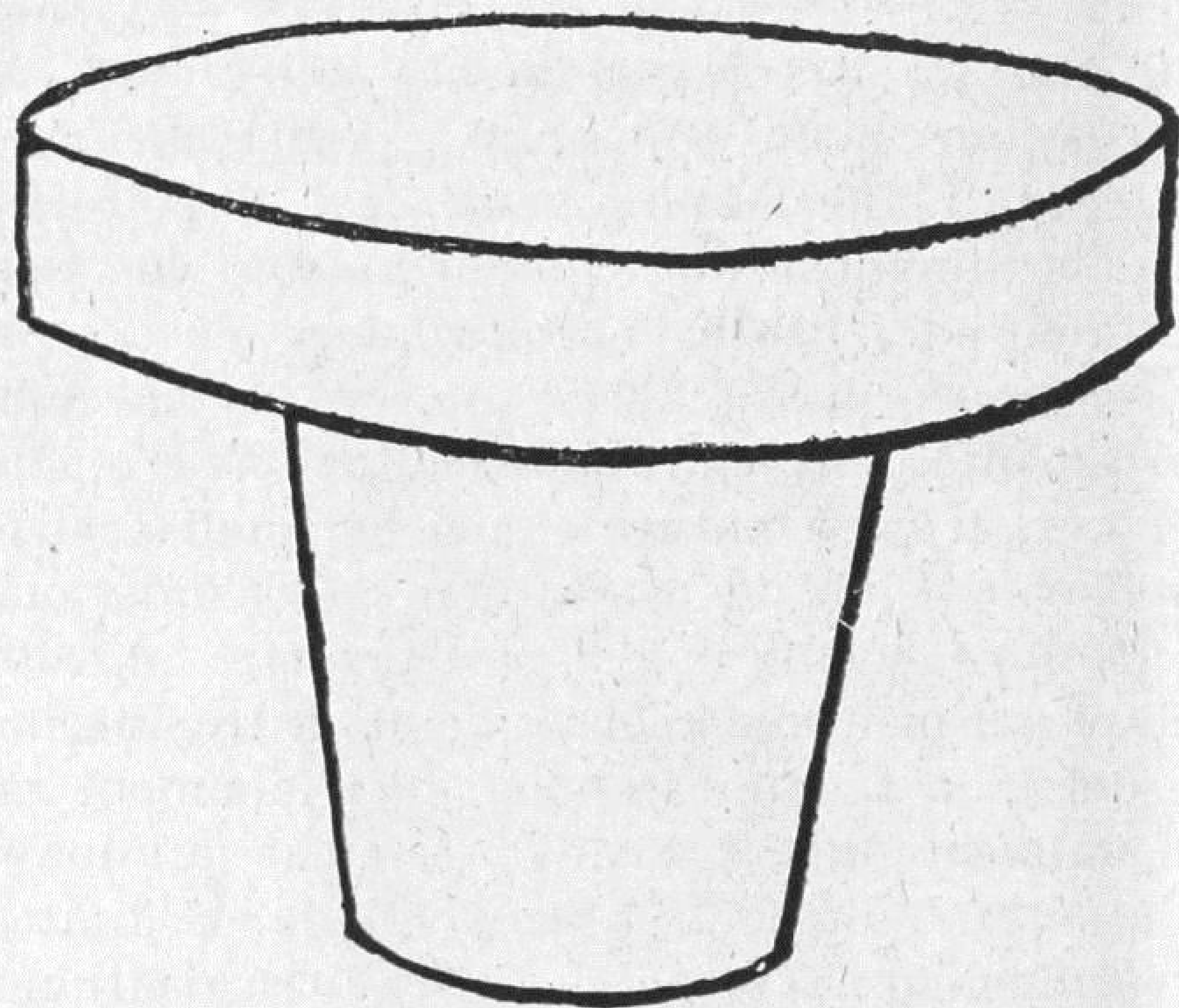
Per quanto la palpazione del f. v. t. non abbia l'importanza dell'ascoltazione e percussione, è certo che ogni esame accurato va fatto usando tutti i mezzi che ci possono condurre ad una diagnosi precisa, e tutti sappiamo quanto possa esserci prezioso ogni mezzo d'indagine, anche il più semplice, e come nessuno di essi sia superfluo!

Durante l'esame d'un ammalato di polmoni ci troviamo qualche volta imbarazzati quando vogliamo palpare il f. v. t. di una zona circoscritta o nella fossa sopraclavicolare: il palmo della mano è troppo grande e nella fossa sopraclavicolare non adattabile; è stato consigliato di applicare i polpastrelli delle dita e il margine cubitale della mano negli spazi intercostali, e così si riesce meglio nell'intento.

Allo scopo di palpare il f. v. t. di una zona circoscritta ho ideato appunto un istrumenti-

no, che, poggiando sulla zona da esaminare, desse al palmo della mano un contatto ampio per sentire le vibrazioni prodotte, condizioni realizzabili da un tronco di cono. Con un pezzo di legno feci perciò un oggetto che avesse le proprietà accennate, solo eliminai in parte intorno all'altezza del tronco di cono (come si vede dalla figura) quel tanto di materiale che giudicai inutile ed ingombrante.

Il diametro più piccolo è di cm. 2.5, quello più grande di cm. 6.5, così che le due superfici stanno tra loro come circa 1 : 7; ora provando l'istrumento potei constatare che esso serve realmente allo scopo pel quale l'ho ideato ed osservai inoltre che esso serve anche adoperandolo capovolto, (cioè colla superficie maggiore sul torace, con quella minore verso il palmo della mano) alla palpazione del f. v. t.



di una zona più estesa. Usai del legno tenero di abete: per osservare se la qualità del legno e la forma potessero influire, feci fare con del legno più duro (di pioppo) il medesimo istrumento colla medesima forma ed anche come perfetto tronco di cono: però non potei apprezzare delle differenze e mi attenni al primo che è più leggero: credo però che sia riguardo al materiale come riguardo alla forma (proporzione delle superfici) esso possa venir migliorato.

Riguardo al modo di esaminare il f. v. t.: si appoggia l'istrumento colla superficie più piccola alla zona che si vuol esaminare e tenendo il palmo della mano appoggiato alla superficie più grande si fa pronunciare all'ammalato il solito «trentatrè». All'esame di bambini o di donne io uso da molto tempo invece del «trentatrè», la parola «novantanove» (il «neunundneunzing» dei Tedeschi) e con vantaggio, perchè le nasali producono quando il torace è gracile e la voce di tonalità alta un fremito migliore, che si rende ancor meglio sensibile per la brusca interruzione che subiscono colla dentale «ta» del novantanove.

Mi sono indotto a pubblicare questa breve nota:

perchè l'istrumentino da me ideato è semplice ed alla portata di tutti;

perchè credo che esso, per quanto perfettibile, possa anche così riuscire utile ad altri, come lo è a me;

perchè credo che la divulgazione della palpazione mediata del f. v. t. sia utile alla diagnosi.

Arco, dicembre 1923.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Un nuovo metodo d'indagine biologica: l'enzimoreazione nella sifilide.

(REBAUDI e SIVORI. — *Atti Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia*, 1923).

Dietro ricerche che da parecchi anni Sivori e Rebaudi sono andati compiendo nell'Istituto Maragliano in Genova, questi autori hanno potuto trarre la conclusione che la molecola albuminoidea durante il suo processo disintegrativo non perde la sua specificità, neppure quando ha raggiunto lo stato di aminoacido. Su questo fatto essi hanno imperniato tutta una originale teoria, colla quale tenderebbero a dare una semplice ed unica spiegazione al meccanismo dei fenomeni più svariati del metabolismo organico in rapporto alla necrobiosi cellulare fisiologica e patologica, alle infezioni ed all'alimentazione.

Inoltre, sempre in correlazione con tali concetti, hanno dato sviluppo a tutta una serie di applicazioni pratiche, una delle quali è appunto costituita da una nuova reazione biologica, da essi denominata enzimoreazione.

I suddetti ricercatori, partendo dal presupposto che nel siero di ciascun individuo debbano trovarsi le traccie dei fermenti che si sono originate nell'organismo per provvedere all'elaborazione delle scorie degli elementi cellulari morti, siano questi appartenenti ai tessuti della compagine od a batterii od agli stessi alimenti, hanno pensato che col mettere a contatto di questo siero dei cosidetti antigeni, rappresentati precisamente o da organi dell'economia o da batterii o da alimenti, si sarebbe attivato un processo digestivo da parte del siero su siffatti antigeni, i quali avrebbero così potuto venir rilevati partitamente nel loro stato di aminoacidi, data appunto la specificità conservata in questo stadio di scissione della molecola albuminoidea.

In tal guisa si sarebbe potuto anche ottenere il rilievo indiretto dei diversi principii fermentativi contenuti nel siero.

Tali antigeni devono però esser preparati in un modo particolare per poter porre in evidenza attività fermentative anche minime, le quali non potrebbero agire su una molecola albuminoidea nella sua interezza: perciò la scissione di essi è già stata avviata ed arrestata in un loro atteggiamento biochimico speciale, vale a dire in uno stato fra il peptone e l'aminoacido.

I prodotti di scissione di questi antigeni sono posti in evidenza colla ninydrin e nell'esistenza e nella quantità di tali prodotti, nel loro stato di aminoacidi, sta l'essenza di tale nuova reazione biologica.

Mentre Sivori applicava felicemente l'enzimoreazione alla tubercolosi, servendosi per antigene di colture di bacilli di Koch sottoposti al particolare processo disintegrativo, Rebaudi studiava di adottarla nella sifilide, dove però per difficoltà colturali non poteva adoperare il treponema pallido quale materiale antigenico. Egli allora pensò di servirsi del fegato di feto sifilitico, come di un organo contenente in gran copia gli spirocheti, ma in questo caso, oltre a reazioni specifiche che eventualmente si sarebbero potute osservare, si sarebbero presentate reazioni generiche, date dagli elementi epatici scissi dai fermenti contenuti nel siero e sarebbe stato impossibile sceverare la parte spettante allo spirocheta da quella dovuta alle cellule epatiche.

Tale difficoltà fu superata procedendo ad un accorgimento comparativo, e cioè raffrontando il contenuto in aminoacidi esistente nel mestruo contenente fegato di feto sifilitico più siero in esame con quello rilevabile in un altro mestruo contenente, oltre allo stesso siero, fegato normale.

La *tecnica della reazione* veniva così fissata:

Anzitutto bisogna procedere all'alcalinizzazione dei due antigeni: disintegrato di fegato di feto sifilitico e disintegrato di fegato normale, che, affine di non alterarsi, sono mantenuti con reazione acida. L'alcalinizzazione si compie coll'aggiunta goccia a goccia di una soluzione di soda.

Quindi si passa alle prove preliminari su tre provette: nella prima si mettono 2/10 di cc. del siero in esame con 3,8 cc. di acqua distillata; nella seconda 2/10 di cc. di siero con 1,2 cc. di antigene di fegato di feto sifilitico, più 2,8 cc. di acqua distillata; nell'ultima si opera allo stesso modo, sostituendovi però il disintegrato di fegato normale.

Le provette si lasciano soggiornare in termostato per 24 ore, dopo di che si passa alle prove definitive, attingendo cioè 1 cc. del mestruo dalla prima provetta e collocandolo in altro tubo di saggio ed addizionando 2/10 di ninydrin all'1 % e 9 cc. di aqua distillata. Alla stessa guisa si procede per la seconda e terza provetta. Il contenuto di esse si porta poi all'ebollizione che deve prolungarsi per non meno di un minuto primo.

La lettura dei risultati si fa a raffreddamento compiuto e la reazione sarà positiva quando il colorito violetto della seconda provetta sarà più intenso di quello della terza. Col colorimetro di Kruss si possono avere determinazioni precise di sfumature anche lievi di colorito.

La reazione deve essere praticata con ogni più scrupoloso riguardo, per quanto concerne la pulizia delle pipette e tubi di saggio ed i sieri non devono esser emolizzati, chilosi, scomplementati.

Rebaudi sostiene la specificità dell'enzimoreazione, giacchè in numerose prove ha potuto osservare una costante negatività nei sieri di soggetti non sifilitici; per contro ha rilevato un parallelismo assai costante colla Wassermann al cui confronto però l'enzimoreazione appare maggiormente sensibile.

Le rare discordanze tra reperto clinico ed enzimoreazione sono per lo più da attribuirsi ad alterazioni dei sieri.

Stando quindi ai risultati sinora ottenuti, ci potremmo giovare, secondo l'autore, di una nuova reazione biologica nella diagnosi di sifilide, reazione che, oltre all'importanza pratica notevole, data la sua squisita sensibilità, avrebbe pure un valore teoretico, fornendo una chiara spiegazione del meccanismo del processo immunitario estrinsecantesi colle proprietà digestive di un siero specifico verso i prodotti del treponema.

V. MONTESANO.

MEDICINA.

L'eritroedema polineuritico.

(PATERSON e GREENFIELD. *The quarterly Journal of Medicine*, ottobre 1923).

Nell'ultimo decennio in Australia, in America ed in Inghilterra sono stati studiati parecchi casi di una malattia, che per le sue caratteristiche merita di essere considerata come un'entità nosografica. In ragione dei sintomi più appariscenti e dei dati anatomo-patologici la sindrome è stata designata con il nome di *eritroedema polineuritico* e vien detta anche *pink disease*.

La malattia si sviluppa nei piccoli bambini, da quattro mesi a quattro anni di età. Si inizia con lieve movimento febbrile, corizza e leggeri fatti bronchiali, talvolta accompagnati da vomito e diarrea. Questo periodo iniziale viene scambiato con un attacco di influenza o con un raffreddore: talvolta i sintomi sono tanto leggeri da essere trascurati. A questo periodo immediatamente o con l'intervallo di un apparente benessere seguono i sintomi caratteristici della malattia.

Il bambino diventa depresso ed irritabile: non sorride più, non si interessa più a nulla. Ha insonnia resistente a tutti gli ipnotici, anoressia persistente e irriducibile.

Contemporaneamente compare l'esantema, che comincia con un eritema talvolta diffuso al tronco ed alle estremità, ma più spesso limitato solo a queste ultime; le parti più costantemente colpite sono le mani, i piedi, il naso, i pomelli, la fronte. Queste parti diventano rosse ed apparentemente edematose: non vi è però infossamento persistente alla pressione digitale. Alle mani ed ai piedi l'esantema va e viene, ora è molto accentuato, ora tende a scomparire. Alla palma delle mani ed alla pianta dei piedi si verifica una desquamazione, che si inizia con la comparsa di papule grosse quanto una testa di spillo. La pelle di tutto il corpo è continuamente in sudore.

Le estremità sono in continua agitazione: il bambino graffia e lacera tutto.

L'attitudine nel letto è spesso molto caratteristica. Il bambino ha la faccia sprofondata nel cuscino, il corpo raggomitolato, il dorso curvo, gli arti inferiori flessi sul tronco. La faccia è arrossata dalla parte in contatto con il cuscino. Se in seguito il piccolo paziente può stare a sedere sul letto muove continuamente gli arti superiori e la parte superiore del tronco come se trovasse tutto incomodo e molesto.

Si ha una grande ipotonia dei muscoli, come è dimostrato dall'abbassamento del labbro inferiore, per modo che la bocca è sempre aperta. Non c'è vera paralisi, ma i muscoli sono atonici, così che gli arti possono essere collocati in qualsiasi posizione. La ipotonia e l'astenia dei muscoli della nuca è tale che il bambino non può tenere la testa su. Per la ipotonia dei muscoli della parete dell'addome il contenuto di questa cavità può essere facilmente esplorato.

È molto comune, ma poco estesa, l'ulcerazione della lingua e dei pomelli. Le gengive ed i denti sembrano sani, ma qualche volta si ha caduta di questi ultimi senz'apparente ragione.

I capelli possono cadere spontaneamente o sono strappati con facilità dal paziente, lasciando larghe zone di alopecia. Talvolta si ha anche caduta delle unghie.

Nei casi avanzati si hanno segni marcati di compromissione del sistema nervoso. Generalmente i riflessi sono indeboliti o assenti: l'assenza dei rotulei è costante per tutto il decorso della malattia. Si ha ipoestesia o anestesia tattile delle estremità: sono stati però registrati anche casi di iperestesia.

In un caso si osservò strabismo.

L'apparato digerente non presenta fatti morbosi all'infuori dell'invincibile anoressia.

Nulla a carico del cuore e dei vasi. Anche l'apparato respiratorio non presenta fatti importanti; si nota solo una lieve rinorrea e talvolta bronchite.

In genere la temperatura è normale, solo in qualche caso si è avuto febbre moderata per parecchie settimane.

Le urine contengono tracce di albumina solo nel periodo iniziale, per il resto sono normali.

Per il fatto che il maggior numero di casi di questa malattia si è verificato verso la fine e dopo dell'ultima pandemia di influenza, si è creduto che essa fosse in rapporto con detta infezione. Al riguardo è da ricordare che dopo la pandemia influenzale del 1828-1830 si verificarono casi di una malattia, la cui descrizione appare somigliante a quella dell'eritroedema polineuritico, ed alla quale fu dato il nome di *acrodinia*.

Tuttavia le relazioni tra le due malattie, influenza ed eritroedema polineuritico, non si limitano esclusivamente a quelle cronologiche. In ogni caso è da escludersi che la affezione sia provocata da difetti alimentari, avvelenamenti, o dal bacillo difterico, come era stato sospettato.

Le lesioni anatomo-patologiche consistono in una diffusa neurite periferica, in alterazioni infiammatorie croniche del midollo e delle radici spinali: le fibre sensitive sono sempre più colpite di quelle motorie.

La mortalità è molto bassa. Pochi pazienti muoiono per l'astenia dipendente dall'anoressia o per complicazioni, come la bronco-polmonite o la tubercolosi. In genere la guarigione è completa, senza relitti fisici o mentali.

Il trattamento consiste essenzialmente nel vincere l'insonnia a mezzo degli ipnotici, e la anoressia nutrendo il paziente anche con la sonda gastrica. Successivamente giovano piccole dosi di arsenico e di stricnina.

Dr.

CHIRURGIA.

Il corioepitelioma teratogeno.

(VITTORIO FERRERO. — *Annali Ital. di Chirurgia*, 1923).

Il chor. è un tumore che ha origine nell'organismo femminile dall'epitelio di rivestimento dei villi del chorion; è generalmente in connessione con un fatto gravidico e si sviluppa nell'utero, talora nella tuba, eccezionalmente in altri organi (vagina, polmone, rene, fegato, cervello), mentre nulla si nota negli organi genitali (chor. ectopico).

È un tumore maligno, dà metastasi per lo più nel polmone.

Istologicamente si distinguono forme tipiche e forme atipiche; nelle prime si hanno cellule cubiche, chiare, vescicolari con nucleo tondo povero di cromatina e masse protoplasmatiche polinucleate; nelle seconde si ha un aspetto che ricorda molto il sarcoma gigantocellulare. Non ha apparato di sostegno, nè vasi propri.

Questo nell'organismo femminile. Ma il ch. si può trovare anche nel maschio in tumori complessi delle ghiandole sessuali, raramente al difuori.

La sua interpretazione è controversa.

E un tumore molto maligno, con facili metastasi.

Età 20-40 anni. Ne sono stati descritti 62 casi.

Per lo più si sviluppa in *teratomi del testicolo*; ma si sono avuti casi di ch. sviluppato fuori del teratoma, ed altri in cui il ch. era solo, senza teratoma.

Circa l'istogenesi si può spiegare la presenza del ch. quando c'è il teratoma; non è facile invece quando c'è il ch. fuori del teratoma o quando c'è il solo ch.

Nel 1° caso si ammette che le metastasi derivono come il tumore primitivo, da materiale embrionario affatto giovane non ancora differenziato. Questo materiale sarebbe rappresentato dalle cellule dell'ectoderma fetale che, trasportate per via sanguigna o linfatica, sarebbero capaci di dare noduli di ch. in varii organi.

Nel 2° caso si ritiene che si tratti di accrescimento unilaterale del teratoma.

Altri ritengono che il tumore provenga dalle cellule parietali dei vasi e che possa quindi svilupparsi in teratomi e fuori e che sia simile, ma non identico al ch.

Altri ritengono il ch. come tumore combinato (sarco-carcinoma).

L'A. descrive il caso osservato nella Clinica Chir. di Torino. Giovane di 33 anni con tumore al testicolo destro a rapido sviluppo orchiectomia destra.

Dopo circa un mese morte per probabile metastasi polmonare.

Esame istologico. — Si ha un teratoma: sostanza fondamentale connettivale, in mezzo alla quale abbondanti fibre muscolari lisce, isole cartilaginee, zone ossee, zone di tessuto mucoso, ammassi di cellule linfatiche, numerose cavità cistiche rivestite di epitelio di diversa forma.

Una parte del tumore però ha un aspetto diverso, rosso-vinoso, molle. Istologicamente presenta un connettivo lasso povero di cellule proprie, infiltrato di sangue e numerose cavità più o meno ampie, con lume irregolare, e con parete cellulare ora sottile, ora spessa. Le cellule sono grandi, tondeggianti, con protoplasma chiaro e nucleo o nuclei vescicolari, molti dei quali in via di scissione cariocinetica-tipica e atipica. Tra queste cellule si osservano grandi masse protoplasmatiche fortemente colorate per lo più polinucleate. In mezzo alle cellule chiare decorrono i vasi a parete molto sottile, che dànno luogo spesso ad emorragie. Inoltre si ha invasione dell'epitelio oltre i confini della zona molle, rosso-vinoso, notata macroscopicamente.

Da ciò si deduce trattarsi di un teratoma con chorioepitelioma del testicolo destro.

G. CIAPRINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

AUGUSTO MURRI. *Nosologia e psicologia.* — Editore Zanichelli, Bologna. — Prezzo L. 18.

La pubblicazione di un libro di Augusto Murri è sempre un avvenimento. Ma non si erra di certo affermando che quest'ultimo lavoro dal titolo così suggestivo desterà più vivo interesse che i precedenti.

Negli ultimi tempi si sono molto diffuse e sono state vivacemente discusse alcune teorie su la origine ed il meccanismo di produzione delle neurosi, teorie che attribuiscono a queste affezioni una genesi essenzialmente psichica, facendo astrazione da ogni fenomeno materiale organico. È un ritorno alla concezione dello spirito come entità di per sè stante e non influenzabile dalle condizioni somatiche.

Contro questa tendenza insorge Augusto Murri sostenendo e dimostrando la inseparabilità dei due fenomeni: cervello e psiche. Ogni disturbo mentale non può essere che l'espressione di una lesione di tutto o parte del sistema nervoso. Questa correlazione causale non può essere negata anche se finora non si è riusciti, anche se mai si riuscirà a sorprendere le alterazioni chimiche, le lesioni materiali determinanti la deviazione funzionale.

La critica del Murri insiste sopratutto nei riguardi del pitiatismo di Babinski e della psi-

canalisi di Freud, le due dottrine che hanno destato tanto interesse e che hanno suscitato o consensi troppo affrettati o contrasti esagerati.

Augusto Murri, che dimostra una conoscenza profonda, una padronanza assoluta delle due recenti concezioni, spiega da maestro le sue alte qualità di dottrina e di logica con chiarezza ed efficacia di eloquio.

Considerare i disturbi isterici come il prodotto della suggestione o della conversione di complessi sessuali incoscienti in contrasto con la personalità morale del soggetto, può costituire una spiegazione del modo con il quale i disturbi stessi si determinano, non vale certo ad indicare la causa prima. Si ha così uno spostamento, non la risoluzione del problèma della etiopatogenesi dell'isterismo.

La suggestibilità degli isterici non si può concepire se non s'ammette che nella costituzione materiale del loro cervello c'è qualche cosa che non è normale. Analogamente la varia risoluzione del conflitto tra cosciente ed incosciente nei sani e nei psiconeurotici non è spiegabile se non ammettendo una diversità, ossia un'anomalia del substrato organico.

Tale è la tesi del nuovo studio del Murri, studio che è condotto con quella vigorosa dialettica e quella vivacità di forma che costituiscono le caratteristiche dello stile dell'insigne clinico non rese sbiadite dall'età inoltrata dell'A.

Le dottrine esaminate, specie la psicanalisi, che pure ha un contenuto così complesso ed intricato, sono esposte con cristallina chiarezza e la critica vi si appone tagliente e profonda, ma obiettiva e riguardosa.

Questo libro dimostra nel suo autore una capacità di assimilazione affatto giovanile, una energia ed una fermezza di critica veramente virile.

È non soltanto un libro di istruzione, ma di educazione del raziocinio.

VITTORIO ASCOLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Prof. G. RAIMOLDI. *L'esame della funzione renale con i moderni metodi d'indagine.* Edito in elegante volume dalla Casa Luigi Pozzi di Roma. — Prezzo L. 30.

Il nuovo libro è un'opera oltremodo pregevole. Vi sono diffusamente trattati quasi tutti i varii esami escogitati per risolvere l'importante problema della funzione dei reni malati. Di ognuno di essi l'autore discute il valore in base alla propria ampia esperienza e a quella altrui e indica con chiare motivazioni quali siano i preferibili.

L'argomento viene trattato tanto dal punto di vista medico che da quello chirurgico; le esperienze dell'autore vennero effettuate su numerosi casi ed è specialmente basandosi su questi che egli esprime la propria opinione.

L'opera è divisa in varii capitoli, comprendenti ciascuno i metodi consimili; così per esempio sono raggruppati i metodi basati sul solo esame delle orine, quelli sul contemporaneo esame delle orine e del sangue, quelli che influenzano la funzione del rene con l'introduzione di sostanze per via orale e sottocutanea, ecc. Tutti questi capitoli sono alla loro volta divisi in due gruppi principali, uno comprendente l'esame delle funzioni dei due reni presi insieme, l'altro quello di ciascuno separatamente preso.

Ad essi sono fatti precedere brevi cenni sull'anatomia e fisiologia del rene; alla fine si ha poi un'ampia conclusione in cui sono riassunte le opinioni dell'autore.

Concludendo non posso che raccomandare caldamente questo libro, sia al medico pratico sia ancor più allo specialista, cui offre in breve spazio un'ampia e chiara visione e utili consigli su argomenti per esso indispensabili.

Trieste, 15 marzo 1924.

Prof. G. NICOLICH.

E. MARIOTTI. *La Reazione di Wassermann. Generalità. Tecnica.* Soc. Ed. Libr. Milanese, L. 60.

Il dottrinario e la tecnica della Reazione di Wassermann costituiscono le due parti, nelle quali è diviso il volume. Notizie di tecnica sulla reazione originale, sulle varie modificazioni, sul loro valore clinico sono dall'A., che ha personale esperienza, largamente riportate, ben commentate e discusse. Esse riusciranno vantaggiose a chi della reazione si occupa e vuole dettagli utili nella pratica. Una eguale impressione non si ha leggendo la parte dottrinaria, nella quale molte teorie, se pure non tutte nè le più moderne, sono riportate.

In una futura edizione siamo sicuri che l'A. potrà mettere il volume al corrente specialmente sulle moderne concezioni sulla reazione, e con un lavoro di sintesi più ordinato e completo. *t. p.*

KRAUS R. und UHLENHUTH P. *Handbuch der mikrobiologischen Techink.* Band I, 2ª p. e Band II. Urban e Schwarzenberg, Wien, 1923.

Al primo volume del quale era nel 1922 uscita soltanto la prima parte, seguono ora la seconda parte ed il II volume. Nell'una sono ampiamente esposti tutti i metodi di cultura non solo dei microbi ma anche dei protozoi, e particolarmente trattati quei metodi che servono elettivamente per la cultura di determinati germi. Esattamente è trattato ogni particolare di tecnica nella preparazione dei singoli terreni, e questa parte del primo volume è specialmente utile per chi si è dedicato agli studi bacteriologici.

Il II volume nella sua prima parte tratta ancora di terreni di cultura, ma particolarmente di metodi di cultura e in modo speciale di mezzi di arricchimento, della cultura delle varie specie di spirochete, della cultura degli anaerobi. In un successivo capitolo sono diffusamente esposti tutti gli elementi che servono per lo studio generale dei germi, dal loro aspetto morfologico, dalla loro numerazione e grandezza, alla formazione di spore, alle loro attività chimiche, alla produzione di veleni e da ultimo con speciale minuziosità sono esposti i risultati delle più recenti indagini riguardanti il bacteriofago.

In una seconda parte del II volume sono ampiamente trattati tutti i metodi bacteriologici e biologici che servono allo specialista e al clinico per accertare la natura delle varie malattie infettive. Così larga parte ha la esposizione diligente e precisa di tutti i metodi di cultura applicabili per il riconoscimento di germi causa di malattia infettiva, per la loro identificazione, e pure diffusamente esposti sono tutti i procedimenti sierologici in uso, dall' agglutinazione e precipitazione, alla deviazione del complemento con tutte le loro numerose applicazioni.

Da ultimo i metodi di ricerca basati sulla trasmissione dell'infezione nell'animale, e sulle numerose e svariate applicazioni che le ricerche sperimentali sugli animali hanno portato allo studio dei diversi agenti infettivi e del loro grado di virulenza, sono diffusamente trattati con tutti i più necessari particolari di tecnica.

L'opera del Kraus ed Uhlenhuth arricchitasi così di questo secondo volume nel quale la trattazione dei singoli argomenti è stata affidata ai più insigni bacteriologi, costituisce una preziosa guida per chi si dedica agli studi di bacteriologia e sierologia. TRENTI.

L. A. BORRADAILE, Sc. D. *A Manual of elementary zoology.* Oxford Medical Publications. London, 1 Bedford Street.

È questo un Manuale che dalle più elementari conoscenze di *Zoologia* indirizza man mano a studiare i dati principali di questa scienza ed i problemi più alti di *Biologia* e di *Fisiologia.*

L'A. svolge alla luce delle più recenti ricerche, in modo semplice, chiaro, altamente scientifico, tutti i dati che si riferiscono alla vita; la vita di un animale consiste in una serie di processi che avvengono nel suo corpo.

Lo studio della struttura anatomica e della funzione conduce l'A. a considerare particolari organi dell'organismo animale, ciascuno dei quali ha particolare lavoro; un organismo è tanto più organizzato per quanto maggiore è il numero degli organi differenti destinati ciascuno a definite funzioni.

La descrizione anatomica ed istologica dei singoli tessuti e dei singoli organi nei differenti gruppi di animali è seguita dallo studio dei processi fisiologici: dalla contrazione muscolare all'attività chimica dei costituenti di molti succhi che sono usati nel corpo a vari scopi.

L'A. esamina dapprima in dettaglio l'anatomia e la fisiologia di uno dei più bassi animali, la *Rana temporaria;* è questo un animale che offre l'esempio più semplice e, perciò stesso, ottimo per tracciare in una serie di ulteriori esempi il graduale accrescersi dell'organizzazione e le varietà che questa presenta.

Da questa tela che perseguita l'A. nasce uno studio sistematico dei vari organismi dall'ameba all'uomo.

Lo studio anatomico, lo studio fisiologico dei movimenti, della nutrizione, della riproduzione, nei singoli generi di organismi; lo svilupparsi dei singoli tessuti e dei singoli organi necessari a determinate funzioni; lo studio dei singoli sistemi (respiratorio, circolatorio, digerente, nervoso); lo studio degli organi dei sensi nei vari animali dalle proprietà del protoplasma dell'ameba di essere irritabile, automatico, conduttivo, fino agli organi di senso sviluppati negli animali superiori; ed ancora lo sviluppo embriologico dall' *Amphioxus* all'uomo sono perseguiti in modo altamente scientifico.

Numerose figure fra cui molte originali, disegni, diagrammi (pag. 671 di testo; fig. 466 nel testo; tavole 15 fuori testo) corredano la pubblicazione e documentano ancor più l'importanza scientifica e pratica di questo Manuale che in circa dieci anni ha di già raggiunto la quarta edizione.

C. BASILE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta pubblica del 21 dicembre 1923.

Presidenza: Prof. G. VICARELLI.

Il presidente aperta la seduta pronuncia parole di omaggio augurale a S. A. R. il Duca d'Aosta per la grave malattia superata. L'Accademia si associa vivamente.

La presenza di corpuscoli endocellulari nel linfogranuloma inguinale.

GAMNA. — Studiando etiologicamente la linfogranulomatosi inguinale l'O. potè constatare la possibilità di produrre nelle cavie inoculando materiale dei gangli umani affetti, una tumefazione ganglionare discreta, che è sostenuta da lesioni istopatologiche analoghe a quelle che caratterizzano le prime fasi istologiche della affezione umana. Constatò inoltre il reperto sia nel materiale umano sia nelle linfoglandule delle cavie inoculate, di particolari corpiccioli inclusi nelle cellule tumefatte del reticolo ganglionare. L'O. fa dimostrazione di reperti microscopici.

PERRONCITO riferisce di avere riscontrato alterazioni analoghe in alcune malattie dell'occhio del cavallo.

MORPURGO crede che dallo studio dell'O. non possa esser sufficentemente provata l'infettività dell'alterazione.

Saggio di refrattometria sieroematica e allergia tubercolinica nei bambini sifilitici.

MENSI. — L'O. ha determinato l'indice di refrazione del sangue in 58 bambini di età da un mese a 12 anni ed ha constatato che nel 72 % il contenuto in albumina del sangue era superiore al massimo o al minimo normale. Questo eccesso era tanto più pronunciato quanto più tenera era l'età dei bambini e quanto più erano manifeste le alterazioni cutanee e mucose. In tutti i bambini la R. W. era intensamente positiva. Di 14 parenti ancora in cui la R. W. era positiva, 11 presentavano un contenuto di albumina superiore al massimo o minimo normale. Contemporaneamente alla determinazione dell'indice di rifrazione del sangue l'O. ha pure praticata la tubercolino-reazione in 32 bambini eredosifilitici. La intradermoreazione riuscì positiva in due, negativa in tutti gli altri. Questo risultato trova la sua più naturale spiegazione nello stato antiallergico o ipoallergico in cui si trova la maggior parte dei bambini dall'O. presi in esame — primi tre mesi — primo anno di età.

TERNI. — *Il vago col suo ganglio toracico e il simpatico cervicale negli uccelli.*

TERNI. — *Sulla costituzione del corpo ultimo branchiale in gallus D.*

Sulla presenza del virus erpetico nel sangue dei malati di erpete nel periodo eruttivo, e allo stato latente negli erpetici abituali.

BASTAI e BUSACCA. — Gli OO. riferiscono che col metodo della concentrazione del siero — siero raccolto e sottoposto a concentrazione sotto la campana pneumatica fino a riduzione di 1/10-1/20 — si può agevolmente dimostrare la presenza del virus erpetico, non solo negli erpetici in atto, ma anche nei periodi intercorrenti tra una manifestazione e l'altra negli individui soggetti ad erpete recidivante. La possibilità della infezione erpetica latente può dar ragione, secondo gli OO., della insorgenza dell'erpete recidivante, delle manifestazioni erpetiche che seguono a iniezione di sostanze eterogenee, e di quelle che talvolta si localizzano in sede di trauma. Anche la apparente mancanza di immunità nell'uomo, in contrapposto a quella ben dimostrata degli animali, si chiarisce per se stessa, trattandosi non di mancanza di immunizzazione, ma di persistenza della malattia. Infine come questa evenienza ha potuto dar ragione della constatata presenza del virus erpetico in qualche caso di encefalite, così può spiegare l'uguale reperto segnalato in casi di erpete zoster, la cui etiologia non deve essere confusa con quella dell'erpete febbrile.

PIETRO SISTO.

Accademia Medica di Perugia.

Seduta del 28 gennaio 1924.

Effetti della cura insulinica in un caso di diabete.

Dott. GUARDABASSI. — L'O. riferisce di aver adoperato l'insulina in un diabetico grave. Ha valutato prima la quantità di urine emesse giornalmente, la quantità del glucosio emesso colle urine, la quantità dello zucchero nel sangue (micrometodo del Bang), l'acetone, la lipemia.

Coll'insulina è notevolmente diminuita la quantità delle orine e la quantità dello zucchero emesso colle urine, sono scomparsi i corpi chetonici, è scomparsa la lipemia, il quantitativo dello zucchero del sangue da 2,8 ‰ è disceso a 0,70 ‰ e le condizioni generali del paziente sono migliorate. Essendosi dovuta interrompere la cura per mancanza del medicamento, tutto è tornato rapidamente quasi come prima della cura.

Reperti intraleucocitari in casi di morbillo.

Dott. GUARDABASSI. — In cinque casi di morbillo ha trovato nel protoplasma di leucociti polinucleari corpiciattoli sferici ed ovoidali in numero di uno o due per leucocita, tingibili coi colori nucleari, contornati da un alone chiaro.

Un metodo di dosaggio del glucosio per ricerche cliniche.

Prof. SILVESTRINI. — A siero di sangue, ad urine di cui vogliasi saggiare il contenuto in glucosio, si

Interessante per tutti i nostri abbonati:

Aderendo alle nostre premure, la SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA INTERNA, dei cui LAVORI la nostra Casa si è resa Editrice, ha cortesemente consentito che del volume contenente le RELAZIONI, COMUNICAZIONI, DISCUSSIONI, ecc., trattate al XXIX CONGRESSO tenuto in Roma nell'ottobre u. s., alcuni esemplari fossero posti a nostra disposizione.

E perchè ai nostri lettori sia possibile formarsi un preciso criterio della particolare importanza del volume or ora pubblicato per mandato del Consiglio Direttivo della Società dal prof. Giuseppe Sabatini, aiuto nella R. Clinica Medica di Roma, riportiamo, qui di seguito l'indice delle materie.

PRIMA GIORNATA (24 ottobre 1923).

Seduta antimeridiana:

Seduta pomeridiana:

COMUNICAZIONI.

SECONDA GIORNATA (25 ottobre 1923).

TERZA GIORNATA (26 ottobre 1923).

QUARTA GIORNATA (27 ottobre 1923).

APPENDICE.

Comunicazioni presentate alla Segreteria del Congresso e non svolte in seduta.

CONFERENZA.

aggiungono in una provetta A quattro cc. di soluzione satura d'idrato di bario. Si sbatte a metà del contenuto, si versa in una provetta *B*. Si dosa con una soluzione d'acido solforico 1/20 normale il bario non precipitato nella provetta *A*. Si semina *saccaromyces* della fermentazione alcoolica nella provetta *B*, che si tiene in stufa per 24 ore. Si valuta con la stessa soluzione d'acido solforico il bario non precipitato in questa provetta *B*. La differenza fra il bario non precipitato della provetta *A* e quello della provetta *B* farà valutare la quantità di anidride carbonica sviluppata per la fermentazione nella provetta *B*; raddoppiando questa cifra si avrà quella della anidride carbonica corrispondente alla fermentazione del glucosio di tutto il materiale prelevato. Valutata l'anidride carbonica, si valuterà il glucosio ricordando che — secondo il Pasteur — 47,65 di anidride carbonica corrispondono a 100 di glucosio.

Ricerche sperimentali circa l'influenza della corticale surrenale sull'accrescimento somatico delle cavie.

Prof. CASTALDI. — L'O. somministrando alle cavie per via orale estratto secco di corticale surrenale di bue per otto giorni fino a tre mesi e più, ha veduto che queste raggiungono un peso notevolmente maggiore dei controlli se il trattamento è fatto nei primi due mesi di vita; dopo questa età la quota di accrescimento, sebbene sempre maggiore che nei controlli, è però meno accentuata.

Il trattamento corticosurrenale fa aumentare la lunghezza dei peli specialmente nelle cavie femmine.

La terapia luminalbromica nel piccolo e grande male epilettico.

Prof. AGOSTINI. — L'O. facendo questo doppio trattamento alternativamente ha ovviato l'inconveniente di una eccessiva depressione prodotta dalle alte dosi di bromuro, pur ottenendo di diradare molto gli accessi e diminuirne l'intensità.

Per una rivendicazione della reazione dell'oro per il glucosio.

Prof. AGOSTINI. — L'O. a proposito della reazione di Ecke nel liquor, ricorda di avere pubblicato molti anni or sono un suo metodo di ricerca del glucosio, che si basava appunto sulla riduzione di una soluzione di cloruro d'oro all'1 % in presenza di glucosio in mezzo alcalino.

Un caso di cisti ematica perirenale con uronefrosi secondaria.

Dott. CECCARELLI. — L'O. riferisce il caso di un uomo di anni 26 il quale da nove anni in seguito ad uno sforzo muscolare di quando in quando andava soggetto a forti accessi dolorosi al fianco sinistro.

All'esame tutto il fianco sinistro era occupato da una tumefazione globosa grossa come la testa di un feto a termine, immobile, di consistenza elastica. Col cateterismo ureterale si constatò la funzione del rene destro integra: molto ridotta quella del sinistro.

Operato il paziente di nefrectomia, il rene fu trovato circondato da liquido contenuto in una sacca cistica costituita da connettivo fibroso: il rene aveva pelvi molto ampia ed il parenchima notevolmente ridotto di spessore.

L'uronefrosi — secondo l'O. — si sarebbe sviluppata per compressione e rotazione dell'uretere prodotte dalla cisti perirenale.

A proposito di un «Virus encefalitico» di Kling.

VERATTI e SALA. — Gli OO. continuando nelle loro ricerche sperimentali sui virus erpetici ed encefalitici hanno preso in considerazione alcuni conigli inoculati sotto dura con un virus loro inviato da Kling di Stoccolma e da questi designato come «virus encefalitico di passaggio H». Si trattava di materiale proveniente dal cervello di un individuo della parrocchia di Wilhelmina in Lapponia, morto di una forma tipica di encefalite, passato attraverso il coniglio per via sottodurale per 7 volte.

I conigli dopo l'inoculazione non presentarono alcun segno di malattia e furono sacrificati in un periodo da 6 a circa 11 mesi in istato di apparente perfetta salute. In uno di questi animali ucciso dopo 312 giorni in tutto l'asse cerebrospinale si riscontrarono evidenti raccolte di essudato perivasale costituito quasi esclusivamente da mononucleati, piccoli focolai d'infiammazione indipendenti dai vasi e i noduli costituiti da un gruppo di grossi elementi di tipo epitelioide con note di degenerazione al centro e da una zona di infiltrazione parvicellulare alla periferia, corrispondenti a quelli descritti e raffigurati da Kling nella sua comunicazione alla Società di Biologia del 20 novembre 1922.

Inoltre nella corteccia cerebrale, nel mesencefalo e nel midollo spinale trovarono in numero limitato forme sicuramente appartenenti al ciclo di sviluppo di un protozoo di complessa organizzazione, rappresentate da cisti rotondeggianti od ovali del diametro da 20 a 50 micro-mm., contenenti numerosi corpuscoli nucleati, simili, per quanto è possibile giudicare dalla succinta descrizione senza figure finora pubblicata, a quelli descritti da Levaditi, Nicolau e Schoen nella comunicazione alla Società di Biologia del 17 novembre 1923, in conigli pure inoculati con un virus di Kling ed in diversi casi di encefalite spontanea del coniglio ed interpretati come rappresentanti di un nuovo parassita patogeno di questo animale, l'*encephalitozoon cuniculi*.

Gli OO. ritengono che allo stato attuale delle ricerche non sia possibile formulare un giudizio sulla natura del parassita e sopratutto che prima di ammettere l'esistenza di una nuova specie parassitaria con sede esclusivamente nel sistema nervoso occorre indagare sugli eventuali rapporti fra le forme ora riscontrate e le altre forme parassitarie dello stesso ordine già conosciute nel coniglio ed annunciano di avere in corso ricerche a questo scopo.

Presentano preparati e microfotografie illustranti i reperti oggetto della comunicazione. S.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Diagnosi differenziale fra epididimite idiopatica e tubercolare.

Stevens (*Journal of Urology* e *Morgagni*, 10 febbraio 1924) analizza i casi della letteratura per arrivare ad una differenziazione fra epididimite tubercolare ed idiopatica, escludendo da quest'ultima le forme blenorragiche, consecutive a traumi, a sifilide, ecc.

In entrambe le forme, i pazienti avevano presentato dolori e tumefazione alla regione inguinale, allo scroto od al contenuto di questo; i sintomi urinari erano presenti nel 10 % circa delle forme tubercolari ed in proporzione alquanto minore delle forme idiopatiche. Entrambi gli epididimi erano colpiti nel 25 % dei casi tubercolari e solo nell'11 % degli altri, sicchè l'A. ritiene che l'epididimite doppia debba far propendere la diagnosi per la tubercolosi. Quando questa è in causa, si hanno con maggior probabilità seni fistolosi pertinaci. La compartecipazione della prostata e delle vescicole seminali è quasi uguale nelle due forme; però, con il prolungarsi del caso, la compartecipazione definitiva dell'una o delle altre parla per la tubercolosi.

L'età del paziente e la storia di un trauma antecedente sono di scarso aiuto per la diagnosi differenziale. Nei casi di tubercolosi, vi sono assai spesso altri focolai alle ossa, ai polmoni, ecc.

Vi sono semplici alterazioni infiammatorie, che possono durare assai a lungo quanto le forme tubercolari; sulla semplice durata non può dunque fondarsi alcun criterio differenziale.

fil.

Pseudosifiloma gonorroico.

E. Hoffmann (*Münch. med. Wochenschrift*, 14 sett. 1923) riferisce alcuni casi in cui una linfangite gonorroica venne scambiata per un vero sifiloma. Tale linfangite è prodotta spesso da lavature od iniezioni praticate con soluzioni medicamentose troppo concentrate, oppure dall'aver portato un sospensorio troppo stretto o talvolta senza causa evidente. In una parte dei casi la linfangite assume l'aspetto di un'ulcera dura, cioè quando in causa di essa, si forma una infiltrazione dura a carico delle radici del cordone linfatico-dorsale, le quali decorrono circolarmente sul solco coronario od a carico di una biforcazione di esso; una parte del tessuto infiltrato prende aderenza col prepuzio sovrastante si arrossa e si erode sicchè quando il prepuzio viene retratto appare affossata. In qualche caso la diagnosi con l'ulcera sifilitica offre notevoli difficoltà; tuttavia esistono segni differenziali. I caratteri infiammatori e la dolorabilità sono più spiccati che nella lue, il cordone linfatico è più grosso, di una durezza plastica minore; non presenta mai delle tumefazioni nodose, piccole, consistenti. Con una palpazione accurata, si rileva che l'infiltrazione dura ha sede più profonda; l'erosione è delimitata meno nettamente. Per l'accertamento della diagnosi, si procederà all'esame microscopico e sierologico.

In qualche caso, realmente il sifiloma primario si sviluppa nel corso della gonorrea recente, fatto che deve essere tenuto presente; talvolta poi si ha addirittura un'infezione contemporanea e lo sviluppo dei sintomi clinici si ha tre giorni dopo per la gonorrea e tre o più settimane per la sifilide.

fil.

Profilassi e trattamento dell'epididimite gonococcica.

Nella gonorrea acuta il mezzo terapeutico più importante è il riposo a letto: con ciò si previene l'epididimite. È ad ogni modo indispensabile evitare per tre o quattro settimane almeno ogni sforzo non necessario, nonchè ogni trauma del testicolo (bicicletta!), onde è bene, fin dall'inizio dell'uretrite, portare un sospensorio.

Occorre poi la massima cura per non danneggiare la mucosa dell'uretra posteriore; evitare le soluzioni troppo concentrate, e gli irrigatori troppo alti.

L'A. è di opinione di risparmiare, nello stadio acuto della gonorrea, le irrigazioni posteriori. Sono assolutamente da condannare la siringa e le candelette medicate. Un prematuro o troppo energico massaggio della prostata danneggia l'uretra posteriore, e può provocare epididimite.

L'epididimo congesto, ad infiammazione conclamata, è dolentissimo, per la scarsa distensibilità dell'albuginea. Un mezzo rapido ed efficace per diminuire il dolore consiste nella puntura dell'epididimo seguita da aspirazione di quella quantità di siero e sangue che si riesce ad estrarre con la siringa. Fu proposto, ma è pericoloso e inutile, di praticare più ampio drenaggio con incisioni. Il dolore si calma pure con le applicazioni calde, con la diatermia sopratutto, ed anche con varie pomate, che giovano anche ad una più rapida risoluzione (belladonna, ittiolo, guaiacolo). Durante l'attacco di epididimite sospendere ogni

terapia endouretrale. Prevenire il paziente che per un mese circa persisterà la tumefazione, e che per lungo tempo resterà un nodulo al polo inferiore.

Se la risoluzione ritarda alquanto può venire affrettata dall'uso del vaccino in forti dosi, che suole provocare intensa reazione.

(KENNET WALKER. *Lancet*, 1923, pag. 1020).

DORIA.

Le iniezioni di latte nella epididimite blenorragica.

M. L. Bonnet (*Journal de méd. de Lyon*, 20 maggio 1923) ha trattato con tale metodo quattro casi di epididimite blenorragica, usando di preferenza il latte sterilizzato estemporaneamente con l'ebollizione e facendo 2-3 iniezioni di 5 cmc. sotto la cute ai fianchi a qualche giorno di intervallo. L'iniezione può essere seguìta da un po' di dolore e rossore passeggeri e da un lieve attacco febbrile. Prima di praticarle occorre assicurarsi di non essere penetrati con l'ago nella vena, ciò che si manifesterebbe con la fuoriuscita di sangue. Non sono da temere fenomeni anafilattici; le iniezioni però non sarebbero senza inconvenienti se fatte in tubercolotici, per cui gli ammalati vanno esaminati sotto tale punto di vista pensando alla possibilità di epididimiti bacillari ad inizio più o meno acuto.

Le iniezioni di latte calmano rapidamente i dolori e fanno regredire i fenomeni infiammatorii; esse hanno due indicazioni nette: 1) all'inizio in cui si può sperare un'azione abortiva; 2) quando i dolori sono molto vivi ed i fenomeni infiammatorii molto pronunciati. Di solito con questo trattamento la durata dell'orchite ne viene abbreviata, sicchè si può riprendere più presto il trattamento dell'uretrite; la riparazione sembra che si compia pure più rapidamente.

fil.

Il trattamento dell'artrite blenorragica.

N. Fiessinger osserva (*Journal des praticiens*, 23 giugno 1923) che quasi ogni anno si vede nascere un nuovo metodo di cura per l'artrite blenorragica, metodo di cui si registrano dapprima ottimi risultati, ma che dimostra in seguito non pochi insuccessi; il medico pratico che vede nascere e morire, a breve distanza di tempo, rimedî che erano saliti in gran fama, rimane disorientato e scettico. Egli è che le artriti blenorragiche sono malattie assai dolorose, penose da curare, in cui molti metodi di cura falliscono, mettendo a dura prova la pazienza del medico e del malato; il rimedio che ha dato buoni risultati nell'uno non giova all'altro e non si è ancor trovato quello che guarisce sempre. Fra i metodi proposti sono da citare le iniezioni di siero antigonococcico, da farsi preferibilmente nell'articolazione, anzichè sottocutanee; spesso si vede, dopo l'iniezione di 20 cmc. di siero, sparire il dolore, abbassarsi la temperatura, risolversi bene i fatti locali; in altri casi, occorrono due o tre iniezioni, in altri non si ha nessun risultato. Anche i successi ottenuti da Sterian, con un siero di cui mantiene segreto il modo di preparazione, sono stati seguiti da insuccessi.

Qualche volta la vaccinoterapia, con vaccini scaldati, fluorati, jodati, ha dato buoni risultati che si citano anche per i vaccini non specifici. Il metodo più pratico ed efficace, secondo l'A., consiste nelle iniezioni endomuscolari di latte; si ha uno *choc* attenuato con attacco febbrile, rapido miglioramento del dolore e della febbre e spesso una regressione dei fenomeni infiammatorî.

Come trattamento locale, alcuni si dichiarano soddisfatti del seguente: puntura con un grosso trequarti, lavatura con una soluzione al 20 ‰ di citrato di sodio, iniezione di aria sterilizzata per filtrazione su cotone in quantità sufficiente da distendere i cul di sacco e, subito dopo, iniezione di 5-10 cmc. di olio jodato, seguita da medicatura compressiva; nei casi ribelli a tutte le cure, si potrà procedere alla artrotomia esterna con lavatura all'etere.

Riassumendo, si adotterà la linea seguente di condotta: nella poliartrite o monoartrite delle piccole articolazioni, proteinoterapia, sieroterapia sottocutanea o vaccinoterapia; nella monoartrite delle grandi articolazioni, sieroterapia articolare, purchè vi siano le necessarie condizioni di asepsi e con materiale accuratamente sterilizzato; in caso di insuccesso, estendere l'articolazione ed attendere; conservare l'artrotomia come ultima ratio.

fil.

L'irite gonococcica.

Rollet e Colrat (*Lyon médical*, 25 maggio 1923) nel riferire due osservazioni di irite di natura sicuramente gonococcica fanno una descrizione di questa affezione.

La irite gonococcica è generalmente la conseguenza di una setticemia. Se ne distinguono tre tipi caratterizzati dai fatti morbosi generali o locali concomitanti:

1. tipo puro: irite senza artrite; è una forma rarissima.

2. tipo accompagnato da artrite: la lesione per lo più di più articolazione precede l'irite, solo eccezionalmente la segue; è la forma più comune.

3. tipo associato a congiuntivite metastatica: contrariamente a quanto è affermato nei trattati è una forma piuttosto rara. L'irite è sempre meno frequente della congiuntivite metastatica.

Per lo più l'irite gonococcica è unilaterale e l'occhio destro è colpito a preferenza del sinistro, ma la bilateralità, specie nelle forme tardive non è eccezionale.

Il dolore è molto forte.

Il decorso è in generale favorevole.

Sia le forme acute che croniche si avvantaggiano della cura del siero o del vaccino gonococcico. Solo le forme tardive, che si manifestano molto dopo la comparsa dell'uretrite, sembra che abbiano conseguenze più sfavorevoli. In ogni caso però persistono sinechie più o meno parziali.

Le recidive sono frequentissime e si verificano sia in occasione di reinfezione, come di riacutizzazione del processo blenorragico uretrale o articolare, ed anche indipendentemente da ogni altra manifestazione.

d.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'antagonismo fra sali di sodio e di potassio nei fenomeni di idratazione.

Risulta da ricerche di R. Hausknecht (*Annales de médecine*, dic. 1923) che il cloro non ha nei fenomeni di idratazione la parte che gli si è attribuita finora. Ciò si deduce da prove dirette, quali: 1) la ritenzione di acqua dopo l'ingestione di bicarbonato o fosfato di sodio, accompagnata non già da una ritenzione, ma da una eliminazione di cloro in eccesso; 2) la diuresi considerevole che segue l'ingestione di cloro sotto forma di cloruro di potassio, che non determina quindi idratazione.

Si deve dunque ritenere che nel cloruro di sodio, che è il sale più fortemente idratante, l'elemento essenziale è costituito dal sodio. Ciò è dimostrato anche dal fatto che altri sali di sodio, quali il bicarbonato, ed il fosfato sono capaci di determinare delle ritenzioni di acqua. Comunque però è proprio il cloruro di sodio, sale fisiologico per eccellenza, che determina le più grandi ritenzioni di acqua ed è quello che può da solo provocare considerevoli ritenzioni di acqua. L'anione — Cl — ha dunque a lato del catione, una parte importante; il potassio produce sui fenomeni di idratazione un'azione opposta a quella del sodio; esso disidrata. Tale azione disidratante viene esercitata dal cloruro, come dal bicarbonato per mezzo del sodio di cui il potassio è un antagonista.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Il cloruro di calcio nelle nefriti. — Al dott. D. A. M., da T.:

Il cloruro di calcio è indicato nelle nefriti con edemi in cui provoca la diuresi. Esso non è però da considerarsi come un diuretico generico, poichè è quasi sempre inefficace nelle idropisie di origine cardiaca. Appartiene invece al gruppo dei così detti diuretici interstiziali, che agiscono per spostamento di joni. I liquidi di ritenzione sono essenzialmente da considerarsi come soluzioni di cloruro di sodio; ora i fenomeni di idratazione sono regolati non già dal cloro, ma dal jone sodio. Quando nell'organismo si introducono sali di potassio o di calcio, questi spostano il sodio dal sangue e dai liquidi di versamento, eliminandolo per le urine. I sali di potassio e di calcio agiscono quindi sui liquidi che si trovano negli interstizî dei tessuti, provocando l'eliminazione di acqua per mezzo della eliminazione del sodio. L'azione diuretica dei sali di potassio è nota da tempo; essi però hanno l'inconveniente di essere nocivi per l'apparato cardiovascolare e per gli organi digerenti. Si somministra quindi il cloruro di calcio. *Vi sono però due condizioni essenziali per la somministrazione: il regime declorurato e la quantità sufficiente di cloruro di calcio:* 3-4 grammi al giorno sono affatto insufficienti, occorrendone almeno 10-20; le dosi vanno aumentate col progredire della cura. Esso trova la sua indicazione nella nefrite idropigena, in quella acuta con edemi (glomerulo-nefrite) ed in quelle miste. L'ammalato va scrupolosamente seguìto, poichè dosi troppo elevate od una cura troppo prolungata possono provocare una intossicazione, probabilmente da carenza di sodio, che si rivela con facies terrea, anoressia, astenia; in tal caso la somministrazione di piccole quantità di cloruro di sodio dà rapidi miglioramenti. Quando non si veda prodursi la diuresi, la somministrazione di cloruro di calcio non va prolungata oltre i 5-6 giorni. A. FILIPPINI.

Al dott. P. P., da B.:

Fra i trattati di Odontoiatria tradotti in italiano citiamo il METNITZ (Ed. Vallardi) e, più recenti, quelli del PREISWERK-MAGGI (Soc. Edit. Libraria). Non ci consta che il trattato del GAILLARD-NOGUÉ sia per essere tradotto in italiano.

In francese troverà tradotti i trattati americani del KIRK e del JOHNSON. Per altre informazioni potrà rivolgersi alla Direzione del Giornale «*La Stomatologia*», 108-A, Piazza S. Bernardo - Roma, 5. P.

Al dott. P. P., n. 7361:

L. BARD: *Précis des examens de laboratoire*, Masson ed., Parigi, frs. 30. — A. JUILLET: *La pratique microscopique*, G. Doin, Parigi, frs. 65. — DESGREZ: *Précis de chimie médicale*, Baillière, Parigi, frs. 25. — A. MARTINET: *Thérapeutique clinique*, Masson, Parigi, frs. 65. — X. ARNOZAN e J. CARLES: *Précis de thérapeutique*, G. Doin, Parigi, frs. 45. — ANDOUARD e M. PASTUREAU: *Nouveaux éléments de pharmacie*, Baillière, Parigi, frs. 56 per i tre volumi. — M. DELACRE: *Traité de chime pharmaceutique organique;* in corso di pubblicazione, presso G. Doin. — P. GOIGOUX: *Le livre du préparateur en pharmacie*, Vigot frères, Parigi, frs. 20. — G. TEXEIRA: *Manuale di Tecnica farmaceutica*, Società Editrice Libraria, Milano, lire 7 (più gli aumenti). *fil.*

Al dott. A. P., abb. n. 1095:

Per la tracheo-broncoscopia veda i comuni trattati moderni di chirurgia. Non ci consta che in italiano si siano pubblicate opere speciali al riguardo. Fra quelle pubblicate all'estero posso indicarle le seguenti: M. MANN. *Text-book of Tracheo-broncoscopy*, J. Bale ed. Londra. Lo stesso editore ha pubblicato un atlante con 15 tavole colorate. Il prezzo è rispettivamente di scellini 31 e 27. *fil.*

Al dott. G. G., da T.:

Non possiamo raccogliere la letteratura su argomenti speciali; Ella può rivolgersi ad uno degli Istituti bibliografici, di cui troverà l'elenco a pag. 1371 dello scorso anno. Non possiamo fornire apprezzamenti su specialità terapeutiche. In genere possiamo dire che dai produttori si tende ad esagerare il campo di azione terapeutica delle vitamine. R. B.

Gabinetti municipali di analisi. — Al dott. G. R., da Loreto Aprutino:

A norma del decreto 30 dicembre 1923, in ogni capoluogo di provincia sarà istituito dall'Amministrazione provinciale un laboratorio di igiene e di profilassi, il quale avrà una sezione medico-micrografica ed una chimica.

Le norme per l'assunzione del personale, per le tariffe relative alle prestazioni nell'interesse di privati, ecc., saranno stabilite dal regolamento, che è in corso di elaborazione. S. G.

Concorsi a medici militari di marina. — Riceviamo:

Avendo letto a pag. 336 del Suo pregiato periodico in data 10 marzo 1924, nella «*Posta degli abbonati*», che si prevede che passerà qualche anno prima che vengano indetti nuovi concorsi per medici militari di Marina, ho l'onore d'informarla che il 16 giugno di quest'anno si aprirà in Roma un concorso per venti Tenenti Medici nel Corpo Sanitario Militare Marittimo.

A giorni verranno pubblicate dal Ministero della Marina le norme che regoleranno il suddetto concorso.

Maggiore Medico E. MOSSO
Redattore degli «*Annali di Medicina Navale e Coloniale*».

MEDICINA SOCIALE.

Il certificato prematrimoniale.

Regolare il matrimonio per volgere a miglior fine possibile l'istinto della riproduzione e perpetuazione della specie, fu ideale antico quanto il rito stesso. La questione, adombrata nelle provvidenze civili e canoniche di legislazioni sorpassate, risorge oggi con la proposta del certificato prematrimoniale, ossia della dichiarazione medica obbligatoria di idoneità alle nozze, discussa nel mondo scientifico e politico e variamente giudicata dal grosso pubblico. Nella Commissione per i problemi del dopo guerra, la 24ª sezione dell'igiene sociale faceva voti che venisse sancito il principio del certificato prematrimoniale nei riguardi dello sposo ritenuto il solo responsabile dei contagi coniugali luetici. Venne quindi fatta una proposta schematica di legge e, fin da allora si fecero presenti le difficoltà di un sicuro accertamento e la possibilità di eventuali manchevolezze da parte dei sanitari, a proposito dei quali il Montesano citava il famoso chirurgo Chiodo, dei tempi di Don Rodrigo, sempre pronto a dichiarare quel che si voleva, con la sola variante del compenso più o meno lauto. L'accertamento poi dello stato di sanità degli sposi, riferito a pericoli e ad inganni reciproci, non dovrebbe limitarsi alla lue, ma estendersi pure alla tubercolosi, epilessia e condizioni morbose croniche diffusibili e trasmissibili od a degenerazioni fisio-psichiche della personalità. Più logica sembra quindi la proposta del Fascio parlamentare sanitario che, informandosi a criteri di eugenetica, disponeva che si facesse obbligo della presentazione da parte dello sposo, di un certificato medico di idoneità fisica, *conditio sine qua non*, per adire alla celebrazione del matrimonio. Lodevole intento di cui però non si intravedono le garanzie, nè le difficoltà della determinazione della

« capacità nuziale » e che riguarda solo lo sposo e non la sposa, quasi che inganni e pericoli non esistessero anche da questa parte.

Del resto, come osserva il prof. G. G. Perrando in *Le opere e i giorni* del 1° settembre 1923, già fin dal 1857 si è tentata l'attuazione di tale certificato in alcuni Stati dell'Unione nord-americana senza recare alcuno dei benefici attesi dagli igienisti; nè miglior sorte ebbe in Germania una proposta simile fatta al Reichstag. Si comprendono agevolmente le difficoltà di pratica applicazione di tali proposte, in un campo in cui la Biologia si incontra con il Diritto. Anche la valorizzazione fatta da taluno del certificato della idoneità militare non risponderebbe allo scopo, essendo diversi i criteri di idoneità fisica per le due missioni e rimanendone escluso il sesso femminile. Il problema, esaminato dal punto di vista della pratica, diventa quindi irresolvibile, arduo, astruso ed indeterminabile anche nelle sue linee generali.

Le nozze poi sono istituzione che trascende i limiti del semplice contratto e della mera relazione fisica, rispetto alla continuità della specie; a chi riguardi la cosa dal solo lato fisico sfugge tutta la base etico-morale della grande questione, che è squisitamente legale e sociale e che va quindi considerata con una visione larga, completa e realistica. Fra le proposte intese a portarvi una soluzione sia pure parziale è da menzionare quella di ampliare i limiti dell'articolo 107 del Codice Civile, facilitando gli annullamenti di matrimonio per congenita od acquisita *impotentia coeundi* o *generandi*. Ora si nota sempre più evidente la tendenza del legislatore moderno ad estendere l'annullamento in condizioni non infirmanti la idoneità specifica e la capacità al debito coniugale, inteso nella sua bruta materialità. Ciò del resto corrisponde a più larghe ed eque vedute nella libera evoluzione della giurisprudenza, aliena dal legiferare su particolari relativi a requisiti fisici e ad impedimenti nuziali, tra difficoltà innumerevoli, insormontabili, senza speranza di applicazione. E senza applicazione rimarrebbe il certificato prematrimoniale inteso come obbligo legale per la celebrazione del rito, e diventerebbe invece uno dei tanti espedienti legislativi sociali, che a lor volta sono vilipesi e frustrati da menzognere, convenzionali dichiarazioni, grave disillusione per chi avesse creduto di aver impedito con esso i coniugi infelici, le discendenze disgraziate e le insidie dell'amore.

In nessun caso però deve essere trascurato l'intervento dell'igiene nella profilassi legislativa del matrimonio, ma questo va ottenuto seguendo un'altra via, tenuto conto che nelle leggi, più che la forza coercitiva, va ricercato il valore etico di norma e di educazione. Al certificato prematrimoniale andrebbe quindi sostituito un ammonimento od avvertimento solenne, che richiamasse gli sposi sulla importanza igienica dell'atto che stanno per compiere, facendo loro por mente al valore etico-biologico, individuale e sociale di esso; l'ufficiale dello Stato civile, per il matrimonio insidioso, pericoloso e menzognero potrebbe far balenare alla mente dei fidanzati pene ben più formidabili di quelle della legge umana, facendo prevedere un inferno in questa stessa vita terrena. La proposta di un ammonimento da impartirsi agli sposi all'atto della richiesta di matrimonio e prima della pubblicazione di esso è stata recentemente votata dalla Società Ligure di Medicina legale, aderendo in massima ai deliberati della Reale Società di Igiene di Milano.

La questione è complessa, alta e rappresenta sempre un tormentato problema dei costumi, che si ricollega a quello della sessualità, della discendenza e si riallaccia con quello educativo, spesso misconosciuto e negletto. Esso va affrontato dalla Medicina legale che, uscita da semplici ed angusti compiti tecnici, si avanza con la cooperazione delle scienze etico-giuridiche alla risoluzione di novissimi problemi. Anche nella eugenetica matrimoniale, capitolo di sessualità, la Medicina legale Italiana illuminerà lo studioso dell'alto problema biologico e giuridico; problema che non può ridursi a grette americane applicazioni di spedienti di zootecnia su la specie dell'*Homo sapiens*. Ciò non è nell'indole della nostra stirpe, nè conforme al genio latino, nè alle nobilissime tradizioni ed aspirazioni dell'anima italiana. Occorre la piena ed ossequente solidarietà nostra con gli studiosi delle scienze morali e giuridiche, perchè nel sinergetico equilibrio delle forze sociali cooperanti, si arrivi alla reale santificazione della famiglia, nella unità sublime e completa dell'amore. La casa non può essere soltanto il palladio della sanità fisica e dell'economia domestica; ma, come fu insegnato da Mazzini, la famiglia deve anche essere il tempio innalzato agli incessanti sacrifici della Patria, con quella serena pace e riposo di tranquille coscienze che a tutti dischiude sempre un azzurro lembo di cielo nelle bufere della vita.

fil.

Una proposta pratica per la lotta contro la tubercolosi.

Espongo una proposta pratica per la lotta contro la tubercolosi come conclusione immediata perchè il pensiero nulla vale se non è seguito dall'azione.

Non sarebbe il caso di adottare il sistema tentato *con ottimi risultati negli Stati Uniti* e per la prossima Pasqua adottare i francobolli od anche soltanto il *timbro colla stampigliatura*:

«Combattere la tubercolosi, per la vita di tutti»,

«Se siete tubercolosi non date la vita ad altri»,

«Amate l'aria, il sole, la luce che sono la vita»?

Questo servirà per la maggiore *educazione* del popolo, per diffondere l'idea e questo si può ottenere nel tempo stesso aggiungendo anche un *soldo in più, due soldi in più* sui comuni francobolli o su *francobolli speciali di propaganda*, durante la settimana precedente e la settimana susseguente alla Pasqua, devolvendo i mezzi raccolti alla lotta contro la tubercolosi e ad opere di profilassi sociale.

Con questo mezzo di una semplicità eccezionale e si può dire senza spesa alcuna iniziale, senza collette più o meno noiose, senza lotterie che cominciano a stancare parecchi, che tuttavia continuano più o meno onestamente facendo spesso i lauti interessi di incettatori e banditori di lotterie, che hanno dato anche pessimi risultati, come è avvenuto recentemente; con questo mezzo semplice, si verrebbero in brevissimo tempo a ottenere mezzi e fondi più grandi forse di quanto ognuno possa sperare.

Tale iniziativa può continuare e si può ripetere per il *Natale* e per *Capo d'Anno*.

Oggi un soldo, due soldi in più sono un nulla per chicchessia.

A questo si aggiunge il vantaggio grandissimo, essenziale, quello di portare immediatamente, rapidamente, nel modo più semplice, la propaganda e la parola dappertutto fra il popolo, fin nell'ultimo paesello sperso, fin nella più misera casupola.

Cap. Dr. NEMO G. R.

VARIA

Il numero dei medici laureati in Italia.

«La Federazione Medica» pubblica un interessante articolo del prof. L. Silvagni dal quale si rilevano i seguenti dati in merito ai medici che si laureano ogni anno in Italia.

1. Il numero dei medici laureati nel 1901 fu di 1049. Dopo quell'anno fino al 1906 i laureati oscillarono tra 975 e 859.

2. Dal 1907 al 1914 la cifra dei laureati ogni anno fu minore ed oscillò tra un massimo di 765 e un minimo di 575.

3. Dal 1915 al 1919 l'oscillazione fu naturalmente maggiore e le cause sono in parte ignote. Contro un massimo di 864 laureati nel 1919, vi è un minimo di 243 laureati nel 1918; questo certamente a cagione della guerra.

4. Nel 1920 si salta improvvisamente a 1248 laureati e la loro cifra sale fino a un massimo enorme che dovrebbe essere stato nel 1923 di 2126.

5. Dal corrente anno 1924 al 1928 il numero dei laureati previsti è grandissimo. La cifra massima sarà in quest'anno di 1795, la minima sarà nel 1926 di 1339, per tornare però nel 1928 a 1743 laureati.

6. In conclusione per sei anni consecutivi, dal 1923 al 1928, si avrà una media di 700 o 800 medici laureati ogni anno in più di ciò che sia avvenuto dal 1905 al 1919, cioè per 14 anni.

7. Nelle cifre dei laureati del 1921 e 1922 e di quelli che devono essersi laureati nel 1923, ha senza dubbio avuto influenza un aumento degli iscritti in Medicina nei primi anni di guerra, quantunque anche dopo finita la guerra, nel 1918, il numero degli iscritti in Medicina fino all'anno 1922 sia stato enorme.

Quanto costa la laurea in medicina a Parigi.

La Sezione medica dell'Associazione generale parigina fra gli studenti ha compiuto un'inchiesta per stabilire la spesa media che deve oggi sopportare lo studente della Facoltà di medicina per arrivare alla laurea.

Occorrono circa 9000 franchi all'anno di cui 6000 tra vitto e alloggio, ed il resto tra vestiario, tasse d'iscrizione, libri di testo e spese minute. Essendo 6 gli anni del corso, si raggiungono 54,000 franchi, ai quali bisogna addizionare altri 2000 franchi circa per i diritti di laurea e spese relative.

Crediamo che in Italia gli studenti spendano su per già una somma eguale.

(Da «Studium»).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Agitazione di ospedalieri.

In varie città d'Italia, le Associazioni locali dei Medici Ospedalieri e le Sezioni dell'Associazione Nazionale dei Medici Ospedalieri hanno tenuto adunanze contro la minacciata *clinicizzazione* degli Ospedali ed hanno votato ordini del giorno motivati dalle seguenti considerazioni:

La riforma falserebbe gli scopi eminentemente pratici degli Ospedali stessi e verrebbe a mutare lo spirito di beneficenza cui essi si informano.

I Clinici, con il loro personale, non potrebbero disimpegnare da soli tutti i servizii inerenti al funzionamento dei grandi Ospedali. La clinicizzazione sarebbe solo ammissibile se i Clinici ed il loro personale si dedicassero al solo insegnamento, rinunziando all'esercizio professionale, poichè altrimenti dovrebbero assumersi altri sanitarii, fuori dai «ruoli» universitarii, ma alla dipendenza dei Clinici, sicchè si creerebbe per questi una supremazia ed un monopolio professionale.

Imprimendosi carattere scientifico allo studio ed alla cura dei malati, si eleverebbero le spese di gestione, aggravando il disagio delle Opere Pie.

È opportuno mantenere accanto alle Cliniche — palestre di studii superiori, a cui spetta la gloria del maggior rendimento scientifico — gli Ospedati, che danno un maggior rendimento sociale e che sono utilissimi per la grande maggioranza dei medici i quali aspirano all'istruzione pratica, che le Cliniche non possono dare.

Non può negarsi d'altra parte alla cittadinanza, da cui gli Ospedali sono stati istituiti mediante lasciti e fondazioni, il diritto di scegliere, per il tramite delle Istituzioni locali, il personale dirigente e sanitario degli Ospedali.

Il nuovo progetto inoltre porterebbe un duplice ordinamento degli Ospedali, a seconda che sono o non in centri sedi di Università e turberebbe il funzionamento dell'insegnamento libero.

Gli Ospedali hanno dato finora un prezioso contributo di lavoro e di studii e così come sono costituiti rispondono alla loro finalità e sono in grado di integrare l'insegnamento clinico. Si osserva poi che nell'attuale momento di ricostruzione nazionale non è opportuno creare dissensi odiosi fra diverse categorie della stessa classe.

Le diverse Associazioni di Medici Ospedalieri hanno deliberato di unirsi all'«Associazione nazionale», aderendo alla riunione che si terrà a Roma di tutti i Presidenti delle Associazioni ed intendono manifestare al Governo il rammarico che si sia preparata una legge senza consultare i competenti organi tecnici locali e chiedono che i diritti dei Sanitarii ospedalieri e la carriera ospedaliera siano legalmente riconosciuti e salvaguardati.

Dopo avere succintamente ricordati gli argomenti agitati dagli ospedalieri, riporteremo, nel prossimo numero, le ragioni che giustificano i provvedimenti per la clinicizzazione.

Nuovi Consigli degli Ordini.

BELLUNO. — *Presidente*: dott. Agosti Francesco; *consigliere anziano*: dott. Gaggia Giovanni; *segretario*: dott. Ponzian Antonio; *tesoriere*: dott. Locatelli Garibaldi; *consiglieri*: dottori Rostagno Calisto, Mariani Angelo, Pacileo Giuseppe.

BOLOGNA. — Nella indicazione del nuovo Consiglio fu omesso il nome del dott. Adelmo Lanzarini, *vice segretario*.

BRESCIA. — *Presidente*: dott. Giacomo Paroli; *consigliere anziano*: prof. Ugo Baratozzi; *segretario*: dott. Aldo Calzavara; *tesoriere*: dott. Leidi Francesco; *consiglieri*: dottori Gaspare Granata, Giuseppe Molinari, Guido Ranzoli.

COMO. — *Presidente*: dott. Zavaldi Riccardo; *segretario*: dott. Boglione Michelangelo; *tesoriere*: dott. Boni Andrea; *consiglieri*: dottori Contegni Marcello, De Grandi Silvio, Stampa Franco, prof. Pense Gennaro.

COSENZA. — *Presidente*: dott. De Marco Giulio; *segretario*: dott. Rogato Giuseppe; *tesoriere*: dott. Feraco Emidio; *consiglieri*: dottori Cosco Angelo, Frassetti Pietro, Caputo Vincenzo, Scarpelli Emanuele.

FOGGIA. — *Presidente*: dott. Follieri Pasquale; *segretario*: dott. Telesforo Roberto; *tesoriere extra Consiglio*: dott. Solimando Francesco; *consiglieri*: dottori Petrone Vincenzo, Cascioli Antonino, Nazzaro Giuseppe, Reibaldi Alfredo, De Mauro Alessandro.

GIRGENTI. — *Presidente*: dott. Vadalà Pietro; *segretario*: dott. Cremona Giovanni; *tesoriere*: dott. Combatti Lorenzo; *consiglieri*: dottori Nicoli Adamo, Campo Giuseppe, D'Alessandro Domenico, Di Leo Francesco.

IMPERIA (Porto Maurizio). — *Presidente*: dott. Mandracci Fedele; *vice-presidente*: dott. Ansaldi Giovanni; *segretario*: dott. Franchini Elia; *tesoriere*: dott. Pesante Vincenzo; *consiglieri*: prof. Isnardi Lodovico, dottori Salvadori Dino, Vinaldi Angelo.

MANTOVA. — *Presidente*: dott. Pasquali Marino; *segretario*: dott. Borghi Leonida; *tesoriere*: dott. Belfanti Antonio; *consiglieri*: dott. Ferrari Luigi, dott. Fanti Umberto, prof. Maccabruni Francesco, dott. Pongiluppi Ermondo.

PADOVA. — *Presidente*: prof. Lucatello Luigi; *segretario*: prof. Cavagnis Giuseppe; *tesoriere*: dott. Pavari Girolamo; *consiglieri*: prof. Vigliani Rodolfo, dottori Crescini Luigi, Genta Giulio.

PALERMO. — *Presidente*: prof. Bentivegna Antonino; *segretario*: prof. Calandra Eduardo; *tesoriere*: dott. Scarcella Andrea; *consiglieri*: proff. Cipolla Michelangelo, Clemente Francesco, dottori Gabrielli Giuseppe, Cosimo Urso.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione; vedi fasc.* 12).

	Lire
Dott. Tarantino Nicola, Roma	20
Dott. Bartoli Ugo, Trevi	20
Magg. Gen. M. Trombetta Edmondo, Roma	70
Dott. Giordani Nicola, id.	25
Dott. Giordani Luigi, id.	25
Dott. Morelli Nicolino, Capriati a Volturno .	10
Dott. Ippolito Silvio, Linaro	10
Dott. D'Aloia Giovanni, Massalubrense . . .	50
Dott. Gaggia Giovanni, Feltre	100
Dott. Barola Giovanni, Sanfatucchio	25
Dott. Possenti Benigno, Rosburgo	10
Dott. Sala Armando, Ronciglione	25
Dott. Cristallini Giuseppe, Montesano . . .	20
Dott. Sonnino Mario, Livorno	10
Dott. Menasci Enrico, id.	10
Prof. Todaro Nunzio, Subbiano	50
Regia Università di Roma	100
Prof. Levi Della Vida Mario, Roma	100
Prof. De Sanctis Sante, id.	20
Dott. Sabatucci Francesco, id.	15
Dott. Guidi Domenico, id.	
Dott. Salvioni Giulio, id.	25
Prof. Carreras Roberto, id.	25
Prof. Ottolenghi Salvatore, id.	30
Dott. Pro Camillo, id.	2[illegible]
Dott. Querci Adolfo, id.	
Ten. M. Boragno Giuseppe	60
Dott. Magi Osvaldo, Roma	10
Cap. M. Pistilli Alberto	90
Dott. Ceccaroni Umberto, Perugia	10
Dott. Arieti Elio, Pisa	2[illegible]
Prof. Pagiani Luigi, Torino	100
Dott. Andres Luigi, Pordenone	15
Prof. Quarta Giacinto, Roma	50
Ospedale Civile di Massa Marittima	50
Dott. Caporali Francesco, Arezzo .	
Dott. Pastore Salvatore, Roma	20
Prof. Garbini Giuseppe, id.	50
Dott. Calò Vittorio, id.	100
Dott. Rosi Ugo, Viterbo	50
Dott. Mariani Benvenuto, Castel Sant'Elia .	10
Prof. Garibaldi Giuseppe, Roma	20
Dott. Pellicano Napoleone, Itapolis-Bras . .	50
Prof. Marina Alessandro, Genova	30
Dott. Mingari Nicolò, Capizzi	20
Dott. Ugolini Anselmo, Miramare Romag. . .	22
Dott. Bombardieri Domenico, Caulonia . . .	10
Dott. Guerrini Nicola, Roma	5
Dott. Corrado Luigi, Torrice	25
Dott. Ridolfi Armando, Orte	15
Dott. Pezzini Ferr., Livorno	20
Dott. Pini Alberto, id.	10
Dott. Pitigliani Benedetto, id.	10
Dott. Porcelli Rodolfo, id.	20
Dott. Pupi Alberto, id.	15
Dott. Quarantorsi Cleomene, id.	20
Dott. Rimediotti Eugenio, id.	5
Dott. Rizzi Giuseppe, id.	25
Dott. Rodriguez Alfonso, id.	20
Dott. Sangurski Gabriele, id.	20
Dott. Seraglia Pietro, id.	20
Dott. Serafini Federico, id.	30
Dott. Stoppa Corrado, Livorno	30
Dott. Tonelli Francesco, id.	20
Dott. Trincle Costantino, id.	20
Dott. Von Berger Fortunato, id.	30
Dott. Zanotti Guido, id.	20
Dott. Pissarello Carlo, id.	30
Dott. Lang Ernesto, id.	25
Dott. Liscia Adolfo, id.	25
Dott. Benni Assunto, id.	10
Dott. Mariotti Anton Mario, id.	5
Dott. Fabiani Gino, id.	25
Dott. Fiano Angelo, id.	20
Dott. Francini Vittorio, id.	20
Dott. Giacomelli Enrico, id.	25
Dott. Gerini Cesare, id.	25
Dott. Lumbroso Giacomo, id.	20

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile «Umberto I».* — Cercasi medico-assistente. Stipendio globale lordo annuo L. 3915; alloggio e vitto tutti i giorni nell'Ospedale. Per informazione rivolgersi alla Direzione Ospetaliera.

AREZZO. *RR. Spedali Riuniti.* — Alle ore 12 del 10 apr., primario medico e pediatra; vedi fasc. 11. — Alle ore 12 del 15 aprile. Aiuto chirurgo; nomina biennale e due conforme biennali; età limite 38 al 14 marzo; L. 6000; richiedonsi due anni di assistentato o aiutato in Clinica chirurgica od Ospedale importante. Medico chirurgo assistente; nom. e conferma biennali; età lim. 35; L. 5000. Saranno corrisposti i c.-v. Vitto e alloggio nei giorni di guardia. Serv. entro 30 giorni.

BENEVENTO. *Ufficio d'Igiene.* — Capo Sezione medico-micrografico; titoli ed esami; L. 10,000 e c.-v. Scad. 15 apr.

CANNERO (*Novara*). — Condotta residenziale. Superficie Kmq. 7; abitanti 1263; 300 poveri. Stipendio 6000 lorde; U. S. 500; indennità alloggio 500; doppio c.-v. Documenti di rito; quelli temporanei in data non anteriore a sei mesi. Assunzione entro un mese dalla nomina. Scadenza 30 aprile.

CASTEL DI CASIO (*Bologna*). — Il sindaco rende noto che il concorso al posto di medico condotto è sospeso fino a nuova disposizione.

CASTROGIOVANNI (*Caltanissetta*). — Scad. 4 apr. Uffic. sanit. L. 4500 (*sic*) oltre indenn. c.-v. Chiedere informazioni Ufficio Segreteria.

FUBINE (*Alessandria*). — Scad. 16 apr.; L. 5000 (*sic.*) e quinquen.; L. 500 (*sic.*) cavalc.; tassa conc. L. 50.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — Seconda condotta residenziale. Estensione circa 6 kmq. di cui due terzi in collina; con 4450 abitanti, di cui 1150 sparsi; poveri 1950. Stipendio 6000, con otto trienni del decimo; indennità trasporto 1500; due indennità c.-v. per il primo semestre dell'anno in corso. Età massima 35 anni salvo per chi presta servizio in altre condotte. Documenti di rito, oltre a certificato dei voti negli esami speciali e nella laurea. Residenza in Ponte a Signa, assunzione servizio un mese dopo la nomina. Scad. 25 aprile.

MERATE (*Como*). — Scad. 15 apr. L. 5500 p. poveri; da elevarsi a L. 6000 dopo il biennio di p.; tre quinq. di L. 550; se uff. san. L. 500; se servizio ospedal. L. 1000; per mezzo trasp. L. 700. Consor. con Sabbioncello.

MONTEBELLUNA (*Belluno*). — Concorso al posto di chirurgo ostetrico comunale e chirurgo direttore dell'Ospedale Civile. Stip. 10,000; indennità mezzo trasp. 2500; due ind. c.-v. Scad. 15 mag. Domandare chiarimenti alla Segreteria Municipale.

MULAZZO (*Massa Carrara*). — A tutto 7 apr. Stip. L. 6000 più un c.-v.; L. 1500 cav. Poveri 400 su

3000 ab. circa. Tassa: L. 50.10 a mezzo cart.-v. Serv. entro 15 giorni.

PRIGNANO (*Modena*). — Scad. 15 apr.; 2ª cond. Stip. L. 8000, indenn. cav. L. 2500. Tassa di L. 50 da versare all'Esattoria.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Medico chirurgo assistente; L. 4500; titoli ed esami; nom. e conferma biennali. Tassa L. 50 (cart.-v. intestata al Tesoriere). Età lim. 30. Chiedere annunzio. Scad. ore 17 del 18 apr. Rivolgersi alla Congreg. di Carità (Amministrazione provvisoria).

ZENSON DI PIAVE (*Treviso*). — Condotta residenziale. Stip. 6000, c.-v.; 2500 per indennità cavalc. (salvo ratifica); 400 se incaricato per uff. san. Scad. 19 aprile.

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze.* — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna.* — Premio Umberto I. Vedi fasc. 11. Scad. 31 dicembre 1924.

ROMA. *R. Università.* — Due premi di fondazione Girolami. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Associaz. Ital. per l'Igiene.* — Premi opuscoli di propaganda. Vedi fasc. 50. Proroga 15 maggio 1924.

ROMA. *Associaz. Profess. Dermosifilografi Italiani.* — Premio Locatelli. Vedi fasc. 45 del 1923. Scad. 15 maggio 1924.

ROMA. *R. Clinica Oculistica.* — Premi Cirincione e Cidoni. Vedi fasc. 17 del 1923. Scad. 31 maggio 1924.

ROMA. — *Ministero della Guerra.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

TORINO. *R. Accad. di Medicina.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

VENEZIA. *R. Istituto Veneto.* — Premio Minich. Scad. 31 dic. 1924. Premio Forti. Scad. 31 dic. 1925. Vedi fasc. 40 del 1923.

Diffide e boicottaggi.

Il Sindacato Medico di Belluno revoca il boicottaggio di Auronzo, per raggiunto accordo.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con deliberazione presa nei primi di febbraio p. p., il premio istituito dal compianto senatore Gualtiero Sacchetti, a vantaggio di quel professore di Università o di Istituti Superiori che con l'insegnamento o comunque con l'opera letteraria e scientifica abbia aggiunto lustro e decoro allo studio di Bologna, è stato conferito ad Angelo Ruffini, ordinario di Istologia e Fisiologia generale presso la Università di Bologna, il quale ha portato profonda innovazione nel campo embriologico, aprendo un nuovo orizzonte di studii alla scienza con la sua opera diuturna e geniale.

Il prof. Leonardo Dominici già decorato della medaglia al valore militare e della croce di guerra assegnatagli dal Comandante dell'Armata del Grappa e degli Altipiani, è stato recentemente insignito della medaglia di volontario di guerra. Egli, che era stato arruolato dietro sua domanda nel maggio 1915, partì, in seguito a suo espresso desiderio, per la Zona di Guerra nell'agosto 1915, rimanendovi ininterrottamente fino al marzo 1919 e conseguendo due promozioni fino al grado di tenente colonnello.

Ci rallegriamo vivamente col nostro valoroso collaboratore per la meritata onorificenza.

Il dott. Luigi Minutelli, capitano medico di complemento, già comandante un Reparto someggiato di Sanità, è stato insignito della Croce al merito di Guerra.

La Fondazione Carnegie ha assegnato 10,000 dollari (oltre 200,000 lire) al prof. Collip, onde permettergli d'intensificare i suoi studi sulla terapia del diabete.

L'Università di Leida ha conferito il titolo di dottore *honoris causa* a F. H. d'Herelle, in riconoscimento dell'importanza degli studi da lui compiuti sul batteriofago.

PROFILI.

Simone Flexner.

Il noto direttore del *Rockefeller Institute for Medical Research* è nato nel Kentucky nel 1863 e, dopo la laurea in medicina, frequentò diverse Università americane ed europee. Fu dapprima insegnante di anatomia patologica a Baltimora, poi di patologia generale a Filadelfia, ed ora è, dal 1903, direttore del Rockefeller Institute.

L'opera scientifica di questo austero biologo americano verte su argomenti di patologia, biochimica, batteriologia ed igiene, svolgendosi specialmente nel campo della medicina sperimentale, con una spiccata predilezione per i problemi dell'immunità specifica. Particolarmente noti sono i suoi studi sulla terapia della meningite cerebro-spinale (per cui egli adottò l'introduzione del siero nello speco rachidiano), sulla poliomielite, di cui sviscerò il problema del virus, e studiò le vie di infezione ed i mezzi di neutralizzazione.

La sua opera non va giudicata alla stregua di quella dei ricercatori di laboratorio, in quanto che egli, oltre alla organizzazione dei piani di ricerche di laboratorio, deve collegarli con la pratica e seguirli al di là del campo puramente sperimentale. L'esempio più dimostrativo dell'organizzazione scientifico-pratica a cui il Flexner può attendere con i suoi collaboratori e con mezzi quasi illimitati, è dato dagli studi sull'infezione pneumococcica per cui le ricerche biologiche hanno potuto essere seguite nelle conclusioni pratiche fino al punto di fondare una terapia specifica su solide basi. Nell'Istituto Rockefeller, di cui egli ha fatto un vero tempio della scienza, ha saputo attrarre scienziati di grido come Loeb, Noguchi, Carrel ed altri che con ardore lavorano e collaborano al progresso sempre crescente della medicina sperimentale.

fil.

NOTIZIE DIVERSE.

La Sagra del Medico.

E' stato pubblicato in questi giorni «La Sagra del Medico». Questo libro, nel suo alto contenuto spirituale, vuol essere la prima pietra dell'ipogeo del Tempio in cui, mediante la prossima pubblicazione del Libro d'Oro e l'inaugurazione del Monumento, saranno consacrati gli Eroi che la grande famiglia dei Medici d'Italia diede alla grandezza della Patria. Gli scritti di G. D'Annunzio, Sem Benelli, il Duca d'Aosta, Gen. della Valle, Calligaris, Minerbi, ecc., ecc., riuniti in questo elegante volume formano un raccolto altare dinanzi a cui ogni medico si arresterà, pensoso e commosso, per poter preparare la propria anima al grande rito di fede che si celebrerà nella imminente primavera fiorentina. Il testo si adorna di autografi, di tavole a colori, disegni, xilografie di Duilio Cambellotti e Romano May, affinchè la parola acquisti più di potere e perchè nasca quell'armonia di suoni e di linee necessaria ai fini dell'arte.

Un viatico di amore illumina ed alimenta il volume; esso è a favore delle istituende borse di studio per gli orfani i cui volti già si modellano secondo le sembianze dei padri che caddero sul campo che segna la passione e la gloria della Patria nostra.

Il libro, a cui la Casa Editrice Alfieri & Le Croix di Roma ha dato la più nitida ed elegante veste tipografica, costa L. 15, e trovasi in vendita presso le migliori librerie del Regno e presso il Segretario Generale della Celebrazione: Dott. Federigo Bocchetti, Direttore del Sanatorio di Anzio.

VI Congresso della Associazione tra i Medici dei Manicomi pubblici Italiani.

Avrà luogo dall'11 al 14 ottobre, a Siena. Sono all'ordine del giorno: Relazione morale dell'Associazione (dott. Baroncini); Relazione finanziaria (dott. Pio); Progetto di legge sui Manicomi presentato al Governo dalla Commissione ministeriale (dott. Baroncini); Modificazioni al Regolamento dell'Associazione (dott. Pio).

Società Romana d'Antropologia.

Sotto la presidenza del prof. Silvestro Baglioni, nella sede della Società Romana di Antropologia al Collegio Romano, la sera del 3 marzo ebbe luogo l'adunanza sociale con le seguenti comunicazioni scientifiche: sen. dott. Ridola Domenico, «Villaggi trincerati preistorici nel Materano»; prof. G. Sergi, «Chi erano i Protoegiziani»; prof. U. Antonielli, «Oggetti aurei dell'America precolombiana (Columbia)».

Corsi speciali di tecniche diagnostiche e terapeutiche.

Presso gl'Istituti ospitalieri di Milano sono aperte le iscrizioni ai corsi speciali di tecniche diagnostiche e terapeutiche, che dureranno dal 28 aprile al 31 maggio. Domande di iscrizione alla Direzione Medica. Quota d'iscrizione L. 50; quota per il rilascio del certificato di frequenza L. 10. Argomenti svolti: Pneumotorace terapeutico ed altri metodi di cura della tubercolosi polmonare. — Elettrocardiografia, sfigmoflebocardiografia, oscillometria e oscillografia, ortodiografia del cuore e dei grossi vasi. — Diagnostica funzionale dell'apparato digerente. — Tecnica roentgenologica. — Fotoradioterapia. — Cistoscopia. — Istologia patologica. — Batteriologia e microscopia.

Corso di perfezionamento in dermosifilopatia e venereologia.

Si terrà presso la Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma e durerà due mesi; se gli iscritti raggiungeranno il numero di 25 si svolgerà in maggio e giugno; il numero massimo degli iscritti è stabilito in 50. Domanda al Rettore non oltre il 20 aprile. Tassa di L. 300.50, oltre a sopratasse di esami, indennità, ecc. (per l'importo di L. 101.60).

Alla fine del Corso, quelli che lo avranno regolarmente frequentato e che avranno superato la prova di esame, riceveranno un diploma di perfezionamento in Clinica Dermosifilopatica e Venereologia.

Corso sulle tubercolosi osteo-articolare e ghiandolare.

Verranno tenute sei lezioni all'Ospedale Marittimo di Berck (Francia), dal dott. E. Sorrel, nel prossimo mese di aprile (14-19). Gli argomenti verteranno sulla cura del morbo di Pott, della coxalgia, del tumore bianco del ginocchio, delle osteo-artriti, osteiti, adeniti tubercolari. Ogni lezione sarà seguita dalle relative operazioni, confezione di apparecchi gessati, ecc. Per informazioni rivolegrsi al Dr. Parin, Hôpital maritime, Berck-Plage (P. d. C.).

Corso di medicina del lavoro e ferroviaria.

Il 29 febbraio ebbe termine questo corso, tenutosi a Milano, presso quella Clinica del Lavoro, diretta dal prof. Devoto. In esso, oltre ad argomenti inerenti al lavoro, svolti dallo stesso prof. Devoto, dai suoi collaboratori della Clinica e da altri professori, sono stati trattati anche argomenti di medicina ferroviaria da parte di medici delle Ferrovie di Stato. Alla lezione di chiusura il dott. Baldi, capo del Servizio sanitario ferroviario, espose in una rapida ed efficace sintesi l'organizzazione sanitaria delle ferrovie italiane raffrontandola opportunamente con quella dei diversi Stati esteri. Da ultimo, ringraziando i collaboratori e gli allievi, il prof. Devoto, nel saluto di commiato, mostrò il giusto compiacimento di vedere lo sviluppo preso da questa sua Clinica che da 14 anni, prima in Italia, si occupa dei più importanti problemi sociali riflettenti il lavoro.

Il Commissario straordinario all'Ordine dei Medici di Milano.

È stato nominato con Decreto del Prefetto di Milano il Gr. Uff. dott. prof. Annibale Bertazzoli, che si è insediato il 15 c. m. con le attribuzioni del Consiglio dell'Ordine e vi rimarrà fino all'avvenuta costituzione della nuova Rappresentanza dell'Ordine stesso.

Istituto fisioterapico per postumi traumatici a Pisa.

Quanto prima in alcuni locali dei RR. Spedali Riuniti di S. Chiara appositamente riordinati sarà aperto al pubblico un grande reparto di meccano- e termoterapia, ginnastica attiva e passiva e cura elettrica con calore, per il trattamento dei postumi di fratture, lussazioni, distorsioni, rigidità articolari e tendinee, ecc.

Tale reparto è una dipendenza della R. Clinica Chirurgica Operativa diretta dal prof. Domenico Taddei, al quale si deve l'iniziativa dell'istituzione e l'attuazionte del progetto.

Così dopo lunghe e laboriose trattative egli ha potuto ottenere che la Clinica Chirurgica di Pisa sia stata dotata della serie completa dei macchinari Zander e Tyrnauer che il Governo Tedesco con l'accordo del Ministero della P. I. ha ceduti in conto riparazioni di guerra.

Di questa nuova ed importante istituzione che arricchisce la Clinica Chirurgica e la R. Università di Pisa, le quali così avranno un impianto completo come non ne esistono altri in Toscana, va dunque data lode al prof. Taddei, al Rettore Magnifico prof. D'Achiardi ed al prof. Pardi presidente del Consiglio di amministrazione dei RR. Spedali Riuniti che insieme cooperarono a sormontare le non lievi difficoltà perchè nel più breve tempo potesse essere fatto un impianto completo di macchinari il cui funzionamento arrecherà sollievo a moltissimi infortunati e malati, affrettando la loro completa guarigione e quindi il ritorno alla più proficua attività lavorativa.

Non appena saranno ultimati i lavori di impianto dei macchinari, verrà reso pubblico il giorno dell'inaugurazione del reparto nonchè l'orario e le tariffe delle singole cure per gli abbienti.

Acquisto di sanatorio per assistenza ai tubercolotici di guerra.

Si è riunito, in Roma, il Comitato esecutivo dell'Opera Nazionale per gli invalidi della guerra.

Esso ha deliberato, alla unanimità di voti, l'acquisto — dalla Cassa distrettuale ammalati di Trieste — del Sanatorio di Ancarano, della capacità di 150 letti, sito nelle vicinanze di Capodistria, sanatorio dotato di ampi fabbricati e di una estesa tenuta agricola. Tale istituto è già completamente allestito e potrà pertanto essere inaugurato al più presto.

In seguito a tale soluzione, che permette di risolvere con insperata prontezza il problema della assistenza ai tubercolosi di guerra della Venezia Giulia, è stato abbandonato il primitivo progetto della costruzione del Sanatorio nella località di Spessa (Udine), Sanatorio pel cui allestimento sarebbe occorso un lungo periodo di tempo ed una spesa più che doppia di quella già concordata per l'acquisto del Sanatorio Ancarano. E ne ritrarranno grande giovamento i tubercolosi di guerra, i quali nel prossimo maggio potranno affluire al nuovo Istituto.

Il Comitato ha poi deliberato la istituzione di una rappresentanza della Opera Nazionale in Fiume, aprendo all'uopo il concorso per la nomina del titolare dell'ufficio.

Nella stampa medica.

La *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, pubblicata a cura della Casa editrice dott. Francesco Vallardi di Milano, dopo essere per vari anni migrata a Genova, torna alla metropoli lombarda; al tempo stesso migliora nella veste ed assume periodicità settimanale. La direzione ne è stata affidata al dott. Alessandro Clerici, consumato giornalista medico, il quale curerà con solerzia e con abilità lo svolgimento di un ottimo programma. Complimenti ed auguri.

I Problemi della Nutrizione è il titolo promettente di un nuovo periodico diretto dai proff. Vittorio Ascoli e Luigi Zoia e del quale è redattore-capo il prof. Silvestro Silvestri. Esso si propone di raccogliere i contributi originali italiani, d'ordine scientifico, tecnico e clinico, sull'alimentazione e sul ricambio organico ed energetico, e di rispecchiare la copiosa produzione straniera in questo campo.

Il primo fascicolo, in elegante formato, impresso con caratteri nitidi, su carta di lusso, reca lavori di S. Greppi sul ricambio emoglobinico, di M. Fondo sulla determinazione dello zucchero nel sangue, una nota preventiva di V. Ascoli, S. Silvestri e S. Marino sulla preparazione e azione dell'insulina, un'accurata rubrica di recensioni, notizie.

Alla bella e coraggiosa iniziativa non può mancare il successo.

Referendum sul chinino di Stato.

Il *Corriere della Terra*, organo nazionale di agricoltura e bonifica, diretto da Carlo Ungarelli, inizia con un articolo del sen. Battista Grassi un referendum sul chinino di Stato.

In tre domande si concreta il questionario relativo al referendum; e cioè esso chiederà ai tecnici: *Che cosa suggerite per perfezionare l'Azienda del Chinino di Stato?*; e al pubblico: *Quali inconvenienti presenta attualmente la distribuzione del chinino e la ripartizione della spesa fatta dal Comune per l'acquisto del chinino? Quali altri inconvenienti si verificano nel servizio del Chinino di Stato?*

Le risposte verranno man mano imparzialmente pubblicate nel *Corriere della Terra* (via Agostino Depretis, 49, Roma) che a inchiesta ultimata la riassumerà, esprimendo il proprio parere.

Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni.

Si è adunato in sessione straordinaria il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni, il quale, dopo esauriente discussione, ha deliberato il nuovo testo del Regolamento Generale da approvarsi con Decreto Reale, informandosi, secondo le

direttive fissate dal Governo Nazionale, al concetto di rendere sempre più semplice, rapida ed efficace l'azione di tutti gli organi dell'Amministrazione.

Il prof. Kummel accusato e assolto.

Il Gran Consiglio del Cantone di Ginevra si è occupato del caso del prof. Kummel, direttore della Clinica chirurgica della Università e chirurgo capo dell'Ospedale cantonale. Egli era accusato dai suoi assistenti di aver praticato una autopsia sopra un vivente.

Dopo una inchiesta che è durata vari mesi, fatta da una Commissione speciale, il Consiglio di Stato di Ginevra e il Gran Consiglio hanno giudicato che il prof. Kummel era innocente dell'accusa fattagli; lo hanno riammesso nelle sue funzioni ed hanno deciso che gli fossero corrisposte le indennità che gli spettevano.

Con la morte del dott. TORQUATO SCOCCIANTI, avvenuta il 10 marzo u. s., scompare un distinto professionista ed una cara figura di cittadino probo, di strenuo lavoratore, di filantropo, il cui animo era aperto ai più elevati sentimenti di civili virtù.

Trovò modo, nella sua umile e laboriosa vita di medico condotto, di dare alla luce parecchie pubblicazioni.

La sua principale attività la svolse come Ufficiale Medico della C. R. I. prendendo parte a parecchie campagne sanitarie e spedizioni militari: due campagne anticoleriche, una antimalarica, terremoto Calabro-Siculo, campagna Libica, Balcanica ed infine la nostra grande guerra. Prove delle sue egregie qualità di medico e di uomo, sono le benemerenze conferitegli, tra le quali per citare le principalissime: una medaglia al valor militare ed una di benemerenza della Salute pubblica.

Modesto, buono, generoso, attingeva la più ambita soddisfazione dall'attestazione intima della sua coscienza per il dovere silenziosamente e nobilmente adempiuto. E nelle inevitabili avversità ed amarezze della vita ritrovava il più sicuro e grato conforto negli affetti famigliari, vivamente sentiti, e nell'assiduo esercizio professionale cui si prodigò sino all'estremo limite delle sue energie.

Quanti lo conobbero lo ebbero caro, lo stimarono ed amarono; ed ora s'inchinano reverenti alla memoria di questo modesto ma nobile soldato dell'Umanità.

Il 12 marzo spegnevasi in Tivoli, all'età di 59 anni, il cav. dott. BIAGIO CIVICO. Fu medico condotto in vari paesi del suo Abruzzo e poi della provincia Romana, lasciando ovunque un solco di bene e l'inestinguibile ricordo delle sue elette virtù personali e professionali. Durante la guerra prestò servizio per 4 anni in qualità di tenente colonnello medico presso la legione degli Allievi Carabinieri di Roma.

Muore compianto dalla popolazione e dai colleghi che lo stimavano e lo amavano, lasciando nel più profondo dolore la Famiglia, che rappresentava lo scopo supremo della sua vita.

Dott. L. T.

Il giorno 3 corr., dopo una breve malattia — una setticemia originatasi da un ascesso boccale — decedeva a soli 48 anni il dott. cav. COSTAMAGNA GIUSEPPE, medico della R. Casa, direttore del R. Ospedale di Racconigi, Ufficiale Sanitario.

La vita del dott. Costamagna fu una vita di lavoro continuo onesto e sapiente; in Lui erano accoppiati in mirabile armonia colle qualità del medico diligente e zelante le doti di un uomo superiore per intelletto, per carattere e per animo. Per 24 anni, senza riposare mai, prodigò i tesori della sua scienza, della sua bontà a tutti i malati di Racconigi e dei paesi finitimi: durante la grave malattia delle RR. Principesse nell'autunno scorso egli prestò continuamente la sua opera molto apprezzata in aiuto ai medici curanti.

Onore a Lui e alla Sua memoria. Quanti medici hanno avuto occasione di conoscerlo e di apprezzarne le doti, ne rimpiangono amaramente la improvvisa dipartita.

PIETRO SISTO.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di dicembre 1923.

MALATTIE	3-9		10 16		17-23		24-30	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	171	1356	133	976	150	1387	153	1131
Scarlattina. .	133	299	155	492	104	214	128	328
Vajuolo e vajoloide . . .	5	6	3	5	—	—	1	1
Tifo addominale . . .	340	700	295	633	192	365	207	492
Difterite e croup . . .	222	365	200	338	190	300	187	347
Meningite cerebro-spinale	6	6	3	3	4	4	6	6
Dissenteria	6	7	6	9	4	4	3	3
Tifo petecchiale . . .	—	—	1	1	—	—	—	—

Colera asiatico. Peste bubbonica, nessuna denunzia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

New York St. Journal Med., 15 feb. — E. H. POOL. Gli obblighi della professione medica.

Rev. Españ. de Med. y Cir., feb. — R. MORAGAS Y GARCIA. Setticemie stafilococciche. — R. ARIAS. Sindrome di Frouin. — A. LOPEZ PRIOR. Capillaroscopia.

Giorn. di Clin. Med., 29 feb. — A. DE MARTINI. Deviazioni del rachide e semiologia degli apici polm.; il segno del W.

Riforma Med., 3 mar. — L. COLELLA. Cistoadenoma papillifero della prostata. — A. PICAZIO. Alterazioni di virulenza del pneumococco in brodo veget.

La Clinica, feb. — R. PLA Y ARMENGOL. Terapia della febbre melitense. — J. CABALLERO FERNÁNDEZ. Le pneumoconiosi.

Rev. Med. d. Uruguay, gen. — A. ARMAND UGON. Osteiti multiple post-pneumonitiche. — J. MAY e F. GARMENDIA. Fissaz. del bismuto nell'organ. umano.

Journal des Sc. Méd. de Lille, 9 mar. — BAVELAËR. Malformaz. congenita del diaframma.

Gaz. d. Hôp., 4 e 6 mar. — JEANSELME. La sifilide ganglionare.

Brit. Med. Journ., 8 mar. — W. J. POPE. Gli agenti terapeutici sintetici.

Radiol. Med., feb. — O. BUSINCO. Esostosi cartilaginee multiple ed encondromi. — V. POTESTÀ. Radioter. del sist. nerv. specialm. nei postumi di encef. let.

Stomatol., dic. — S. PALAZZI. Anat. patol. e terapia della così detta «piorrea alveol.».

Riv. Patol. nerv. e ment., 29 feb. — S. D'ANTONA. Rammollimento trombotico del mid. spin. — V. DESOGU. Sclerosi tuberosa.

Lancet, 23 feb. — R. A. YOUNG. Cura della tbc polm. — A. CRICHTON MILLER. Base fisica dei disordini emotivi. — C. A. PANNET e A. COMPTON. Cultura dei tessuti nel succo embrionale.

Riv. Ospedaliera, 31 gen. — V. VANNI. Ricerche sul reum. artic. acuto.

Giorn. Med. Milit., 1 mar. — Numero sulla tubercolosi.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

Pubblicazioni della nostra Casa per gli abbonati al "Policlinico,,

Di eccezionale interesse!:

Dott. Prof. FRANCESCO VALAGUSSA

MEDICO DELLA FAMIGLIA REALE - DIRETTORE E PRIMARIO DEL PREVENTORIO PER LATTANTI « E. MARAINI » MEDICO PRIMARIO NELL'OSPEDALE INFANTILE « BAMBINO GESU » - DOCENTE DI CLINICA PEDIATRICA NELLA REGIA UNIVERSITÀ DI ROMA

Consultazioni di CLINICA, DIETETICA E TERAPIA INFANTILE

Terza edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata, con prefazione di AUGUSTO MURRI

SOMMARIO:

Prefazione dell'A. - Prefazione di A. MURRI - TOSSINFEZIONI ACUTE E CRONICHE - Morbillo - Malattia di Dukes o Quarto esantema - Varicella - Scarlattina - Pertosse - Difterite - Meningiti purulente - Infezioni tifose e paratifose - Broncopolmoniti - Polmonite crupale - Peritonite diplococcica - Infezioni settiche delle vie urinarie da "Bact. Coli,, - Poliomielite anteriore acuta - Tubercolosi - Meningite tubercolare - Rachitismo - Spasmofilia e tetania - MALARIA - NEFRITI ACUTE - STOMATITI - MALATTIE DEL TUBO GASTRO-INTESTINALE - Malattie della nutrizione - QUESTIONI DI DIETETICA INFANTILE: Alimentazione ed economia alimentare - Carenza alimentare ed anemia alimentare nel lattante - Alimentazione infantile e farine brevettate italiane - Latti condensati e latti in polvere - Tabelle dietetiche per bambini sani ed ammalati - Su di una Sala di allattamento infantile. — CARDIOPATIE CONGENITE. — CISTI DA ECHINOCOCCO. — MORBO MACULOSO DI WERLHOF. — TROMBOSI DEI SENI CEREBRALI. — SU DI ALCUNE QUESTIONI DI TERAPIA INFANTILE: Considerazioni sulla cura dell'eresipela - Elioterapia - Vaccinazioni alla Wright e vaccinoterapia: PREPARAZIONE E DOSAGGIO DEGLI AUTOVACCINI; ANTIGENOTERAPIA PARASPECIFICA; ANTIGENOTERAPIA ASPECIFICA CON PEPTOALBUMOSE **- Terapia medicamentosa - Medicamenti principali e posologia di essi - Indice.**

Riportiamo il giudizio che su questo volume, il Chiar.mo Prof. Carlo Comba ha consacrato nella sua RIVISTA DI CLINICA PEDIATRICA:

« Il libro del distinto pediatra romano è arrivato in pochi anni alla sua 3ª Edizione. Come dice il **Murri** nella bella prefazione, « basta già questo perchè i medici italiani si invoglino di leggerlo.

« Non è un Trattato e neppure una arida esposizione di fatti già noti. Il Valagussa prende argomento dai diversi capitoli sopra « malattie infettive, sopra sindromi dell'apparato digerente, del sistema nervoso, ecc., e sopra l'alimentazione del bambino e sopra la « terapia, per esporre in forma chiara non solo le questioni più moderne della patologia, della dietetica e della cura delle malattie « infantili, ma eziandio i risultati di una larga esperienza personale, dando alla sua esposizione sapore di originalità.

« È certo che gli studiosi delle malattie dei bambini (non soltanto i medici, ma anche gli studenti colti) leggeranno con piacere « e con profitto il libro del prof. Valagussa, acquistando utili ammaestramenti per la loro cultura e per l'esercizio professionale.

« Questa interessante pubblicazione è stata particolarmente curata dalla Casa Editrice, che le ha dato una bella veste tipografica « e l'ha ornata di numerose figure intercalate nel testo ».

Un volume in 8° di pag VIII-496, nitidamente stampato su carta distinta, con 42 figure intercalate nel testo e finissima *quatricromia* sulla copertina L. **36.** Per i nostri abbonati sole L. **30.75** in porto franco.

• • • I DISTURBI DEL SONNO E LORO CURA • • •

per il Dott. Prof. **A. ROMAGNA MANOIA**
Docente di Neuropatologia nella R. Università di Roma

Prefazione del Prof. **GIOVANNI MINGAZZINI**
Direttore della R. Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Roma

PREFAZIONE. — CAPITOLO PRIMO. *IL SONNO FISIOLOGICO.* — Cenni storici - Il sonno nelle piante e negli animali - Caratteri generali e particolari del sonno nell'uomo - Sonno notturno e sonno diurno - Come ci addormentiamo - Le allucinazioni ipnagogiche - Influenza della volontà sul sonno - Le caratteristiche fisiologiche del sonno - Il risveglio - Le teorie sul sonno. — CAPITOLO SECONDO. *I SOGNI.* — Caratteri generali del sogno - Caratteri particolari di alcuni sogni - I sogni profetici, secondo gli antichi, e i criteri attuali - I sogni negli animali, nei fanciulli, negli adulti, nei neuropatici, nei pazzi, negli alcoolizzati, nei delinquenti - Idee di Freud e di altri autori sui sogni. — CAPITOLO TERZO. *GLI STATI ANORMALI DI SONNO.* — Definizione - Lo stato di ipnosi - La letargia isterica - Il sonno nell'epilessia - Il sonno provocato cogli anestesici, gli ipnotici; il sonno elettrico - Gli stati comatosi: per anemia, asfissia, per fenomeni di compressione cerebrale, emorragia e rammollimenti cerebrali, nei processi infiammatori dell'encefalo e meningi (malattia del sonno - encefalite letargica, ecc.) nelle intossicazioni e autointossicazioni. — CAPITOLO QUARTO. *I DISTURBI DEL SONNO.* — Definizione - La tendenza al sonno - L'ipersonnio - Le narcolessie - Il sonno automatico - Il parasonnio (incubi, terrori notturni, il sonnambulismo spontaneo) - I movimenti anormali nel sonno - Gli stati di ebbrezza da sonno - La depressione al risveglio - Stati sognanti e psicosi oniriche - L'insonnio - Cause dell'insonnio - L'insonnio nervoso - L'insonnio dei psicopatici - Effetti dell'insonnio - Cenni medico-legali sul sonno. — CAPITOLO QUINTO. *LA CURA DEGLI STATI ANORMALI DEI DISTURBI DEL SONNO.* — Concetti generali - La cura degli stati comatosi e delle forme morbose di sonno nell'isteria e nell'epilessia - La cura di alcune sonnolenze (narcolessie, ecc.) e dei fenomeni di parasonnio (incubi, terrore notturno, ecc.) - Concetti generali sulla cura dell'insonnio - I coadiuvanti del sonno (precetti igienici, sistema di vita, ambiente, cure climatiche ed iodiche, cure elettriche, ecc., *ipnotici*) - La cura dell'insonnio da cause irritative, tossiche, ecc. - Concetti sulla neurastenia e cura dell'insonnio dei neuropatici e dei psicopatici. — INDICE ANALITICO del contenuto nel volume.

Un volume in-8°, di pagine VIII-196, nitidamente stampato su carta semipatinata, con 12 figure nel testo ed una riuscitissima illustrazione sulla copertina.

In commercio L. **18** più le spese di spedizione postale. Per i nostri abbonati sole L. **15.75** in porto franco.

Per ottenere quanto sopra inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA

ANNO XXXI Roma, 7 Aprile 1924 Fasc. 14

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI CLINICHE.

R. CLINICA MEDICA DI ROMA.

Cancro primitivo del fegato a decorso febbrile.

Sunto di due lezioni

del prof. VITTORIO ASCOLI.

I.

I tumori maligni della glandola epatica si presentano in clinica frequentemente come secondari a tumori di altri organi o delle vie biliari. In confronto, i tumori maligni che risultano primitivi a un diligente controllo anatomo-patologico sono relativamente rari (1 su 10 e forse 20). Scarso è il numero dei casi di tumori primitivi con decorso acuto e febbrile che si sono diagnosticati in vita e riscontrati all'autopsia.

Si è perciò che ritengo opportuno pubblicare il caso che mi è occorso di presentare a lezione con questa diagnosi e con successivo preciso controllo.

S. M., donna di 48 anni. I dati anamnestici non offrono importanza, poichè i genitori sono morti vecchi e, pare, con disturbi circolatori, e poichè due fratelli sono morti in tenera età e due sono viventi; poichè lei, quintogenita, ha avuto normale sviluppo, vita coniugale normale con sei figli tutti vivi e in buona salute. Le mestruazioni sono cessate all'età di 45 anni senza alcun disturbo speciale.

Appena 20 giorni prima dell'ingresso, che fu il 27 novembre 1923, avvertì improvvisamente dolore acuto all'epigastrio, diffuso all'ipocondrio destro, alle regioni del dorso e della spalla corrispondente: il primo dolore

fu preceduto da qualche brivido di freddo e le durò qualche ora accompagnato da cefalea, nausea e spossatezza, e seguìto da senso di calore.

Il dolore lasciò come una dolenzìa di tutta la regione epatica ed epigastrica. L'inferma riferisce che da allora si è stabilita la febbre, la quale nel pomeriggio cresceva (talvolta fino a 39°C.) con brividi non forti e si svolgeva con aumento dei dolori più o meno intensi alla regione ipocondrica destra, che avevano ripercussioni al dorso e alla spalla, raramente verso la spalla sinistra, non mai verso la parte bassa del ventre o gli arti inferiori. Il dolore per qualche ora era a intervalli così violento che la donna doveva mettersi a sedere, allontanando ogni contatto del tronco con i materassi e le coperte del letto; lasciava indolenzito non soltanto l'ipocondrio destro, ma la corrispondente parte del torace e l'inferma rimaneva per qualche tempo come accasciata.

Durante il corso della malattia, la paziente ha avuto nausea e senso amaro alla bocca; non gravi modificazioni dell'appetito, non dolori o crampi allo stomaco, non vomito nè disturbi intestinali.

Ha ricorso il 27 novembre alla Clinica per i dolori e la febbre e per la crescente prostrazione delle forze.

Dopo 13 giorni di osservazione, e cioè il 15 dicembre, presentai quest'inferma a lezione.

Nel periodo di degenza in Clinica constatammo che in realtà l'andamento della febbre era quale la paziente aveva riferito: febbre largamente remittente, con cuspidi alte, spesso sopra i 39°, 39.8 e con decrescenze sino a 37, 37.3,37.5. Il corso febbrile, secondo la tabella dimostra, era assai irregolare.

Similmente i dolori all'ipocondrio erano forti e accessionali e mantenevano le irradiazioni descritte nell'anamnesi. Erano così intensi talvolta che, secondo l'espressione della malata, le toglievano il respiro.

L'appetito era variabile, talvolta anche bene conservato: le funzioni gastrointestinali poco turbate dai dolori.

La paziente diveniva ognor più pallido-terrea, dimagrava assai, perdeva in forze e presentava lievi edemi nelle parti che nel decubito supino riescono declivi (gambe e regioni sacrali).

L'esame del sangue dimostrò anemia progressiva: da 3 milioni a 2.5 di globuli rossi, con leucociti da 23 a 18 mila, in prevalenza polinucleati.

La reazione di W., ripetutamente eseguita, anche dopo riattivazione, sempre negativa.

Le urine emesse in quantità scarsa (sotto il litro), ma senza elementi patologici, all'infuori di una quantità oscillante di urobilina.

Le feci non ebbero mai comportamento abnorme; non lasciarono riconoscere parassiti neppure dopo essere state rese sciolte e abbondanti con la somministrazione di purganti.

Il ventre si è venuto ingrossando, e negli ultimi giorni prima della lezione, dimostrò la presenza di una modica quantità di liquido libero. Il liquido estratto apparve di colore citrino e con i caratteri e le reazioni dei transudati.

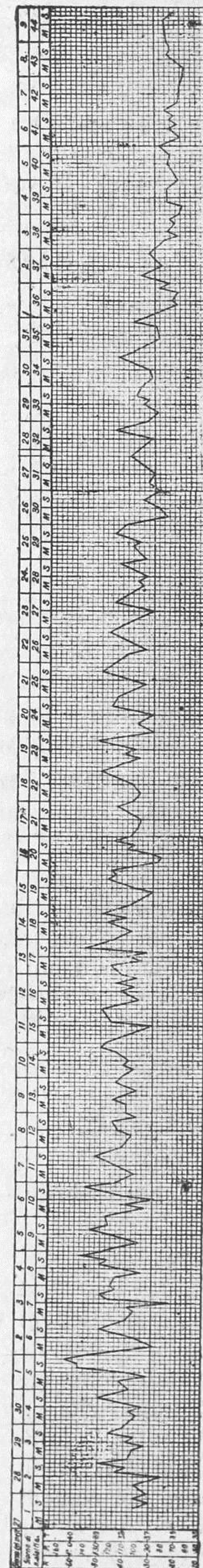


FIG. I. — Curva termica.

Funzioni nervose, salvo l'insonnia e la prostrazione, tutte normali.

A carico degli apparati respiratorio e circolatorio nessun disturbo obbiettivo o alterazione.

Organi genitali integri.

Il tubo digerente nè all'esame clinico nè all'esplorazione radiologica mostrò alterazioni anatomiche o funzionali.

La milza non era ingrandita.

Aumentato di volume, si riconosceva facilmente il fegato. Il bordo inferiore sporgeva 3-4 dita dall'arcata costale dal suo estremo destro fino in prossimità della linea mediana; di qui si innalzava rapidamente, per nascondersi sotto le costole appena al di là dell'appendice xifoidea. Il bordo del fegato si è palpato sempre facilmente per l'aumentata consistenza, per il margine erto e rotondeggiante; il suo decorso era regolare, ma spiccatamente diverso nei due lobi, in quanto nel destro giungeva molto più in basso del normale, e nel sinistro era assai più del normale retratto. La superficie palpabile appariva equabilmente aumentata in consistenza, ma liscia; soltanto un po' a destra della appendice xifoide lasciava riconoscere, per un tratto limitato, piccole sporgenze, un po' più dure. I limiti superiori, determinati mediante l'ottusità relativa del fegato, erano nei confini normali. L'altezza massima del lobo destro di cm. 25.

L'esplorazione radiologica faceva vedere la cupola diaframmatica di poco sollevata, di forma normale e di mobilità respiratoria fisiologica.

Riassumo brevemente le ragioni della diagnosi.

Di fronte a malattia a decorso rapido e febbrile, si sarebbe potuto pensare a malattia infettiva. Ma nè l'andamento della febbre nè i disturbi funzionali nè le alterazioni organiche concedevano di individualizzarne alcuna. D'altronde l'ingrossamento notevole del fegato e l'assenza di disturbi funzionali che non potessero alla lesione epatica attribuirsi, portavano a concludere che malattia di infezione non esisteva o ch'essa si fosse precipuamente localizzata nel fegato.

Ad abundantiam, praticammo due emocolture, e tentammo le reazioni di agglutinazione per i germi delle comuni infezioni (tifoide, paratifi, febbre maltese). I responsi tutti concordi e negativi.

Passai a discutere le ipotesi più ovvie.

Anzitutto poteva pensarsi a colecistite, calcolosa o no. Ma tale supposizione sembrò da scartare, già perchè i dolori insistenti della regione epatica e della base del torace, non dimostravano alcuna delle topoalgie comunemente riconosciute; perchè poi non presentavano il carattere accessionale delle coliche, ma erano persistenti con esarcerbazioni, nè delle coliche epatiche presentavano i sintomi collaterali più comuni, quali il vomito, le urine di colorazione rosso-scura. Molto più peso che alla sintomatologia, sempre molto variabile, della colica epatica, demmo però all'ingrossamento notevole del fegato. Il fegato, nella calcolosi e nella colecistite, non aumenta mai molto di volume, a meno che non divenga sede di ascessi multipli delle vie biliari: e ciò non suole avvenire se non dopo lungo periodo di coliche e con spiccata itterizia. Quando il fegato ingrossa, anche di poco, nella colecistite, allora la milza è assai cresciuta in volume. Qui il fegato è cresciuto molto in breve tempo; non v'è itterizia; la milza non è palpabile.

Escluso pertanto che qui si avesse una colecistite, si affacciava per primo alla mente il sospetto di un ascesso localizzato nel lobo destro del fegato.

L'inizio brusco, l'andamento febbrile, la iperleucocitosi, l'ingrossamento del lobo destro del fegato, liscio e dolente, davano fondamento al sospetto.

Prima però di formulare la diagnosi di ascesso epatico è buona regola di chiedersi sempre: donde gli agenti patogeni hanno tratto origine? Spesso l'ameba istolitica determina nel fegato quegli stati necrotici e colliquativi con reazione flogistica che abitualmente si chiamano ascessi. Nel caso nostro non v'è storia di diarrea, e neppure di disordini della circolazione fecale. L'esame ripetuto delle feci non ha dimostrato la presenza di amebe, nemmeno dopo che eccitammo scariche diarroiche con purganti, e, ad ogni modo, anche una cura emetinica non sortì alcun effetto. È necessario concludere che di amebiasi non si trattasse. La mancanza di sintomi di infezione generale settica o anche di affezioni precedenti delle vie biliari esclude che potesse trattarsi di ascesso vero, legato cioè ai comuni piogeni. L'emocoltura, come abbiamo già detto, riuscì negativa.

L'esclusione dell'ascesso si basa anche sull'esito negativo di due punture esplorative. Il valore di esse è grande, non assoluto però: malgrado la grandezza del fegato non dubitammo di non avere raggiunto il focolaio, perchè le nostre punture furono dirette in più sensi e spinte profondamente; ma non potemmo eliminare la eventualità che il pus fosse denso e non fosse passato nell'ago.

La suppurazione avrebbe potuto essere determinata da un echinococco del fegato. Pur non dando eccessivo peso alla conoscenza, che non è molto comune la sede esclusivamente intraepatica dell'echinococco e che quindi è poco probabile che la forma del fegato resti normale nell'echinococco, quest'ipotesi non trovò conferma negli esami biologici per la cisti, i quali risultarono tutti negativi, nè nell'intensità dei dolori che avrebbero potuto verificarsi così gagliardi soltanto se l'ascesso pericistico avesse raggiunto la superficie del fegato, e allora si sarebbe trovata non accresciuta, come in realtà era, ma invece diminuita, la consistenza dell'organo, e sarebbe stata la dolenzìa circoscritta e molto acuta in qualche zona. Il rapido e progressivo deperimento stava anch'esso contro la cisti di echinococco suppurata.

Si escluse adunque ogni probabilità di una raccolta purulenta intraepatica.

Ricordammo ancora che la sifilide (a parte le ordinarie forme sclerogommose) può determinare ingrandimenti del fegato con febbri alte e spesso intermittenti. Nella nostra donna nessun dato anamnestico parlava per la sifilide, e la reazione di Wassermann replicatamente tentata, anche previa attivazione, è riuscita sempre negativa.

Restava da pensare a un tumore del fegato.

Ci fu facile vincere la naturale ritrosìa ad ammettere un neoplasma quando la malattia abbia decorso acuto e febbrile. Tumore a de-

corso rapido siamo ormai abituati a vederne ogni giorno. Se meno comune è la occasione di incontrare febbri alte e insistenti determinate dall'evoluzione di tumori, d'altronde riconoscemmo che questa eventualità si presenta in clinica come non rara. A parte la febbre che può essere determinata da infezioni secondarie nei tumori ulcerati, e la febbre che accompagna la carcinosi miliare, noi ritroviamo la febbre molto frequente nei tumori di alcuni organi, soprattutto del fegato e del polmone, spesso fin dall'inizio del loro svolgimento.

Per il tumore deponevano l'enorme volume del lobo destro del fegato e la sua durezza. Ma io mi basai specialmente su quei piccoli nodi duri che si percepivano sulla superficie del fegato, scorrenti sotto la mano in alto e in basso nei movimenti respiratori. Essi, esclusa la sifilide, dovevano interpretarsi come nodi neoplastici. A tali dati dell'esame fisico faceva riscontro l'iperleucocitosi neutrofila, non rara nei cancri. Un grande peso bisognava dare ai dolori nella regione del fegato: nel cancro sono comuni. Mancavano del carattere delle coliche (colecistiti calcolose); nè avevano i caratteri che nei tumori possono assumere per irritazione di tronchi nervosi o per trapianti. Dovevano attribuirsi per la loro localizzazione, la loro intensità e persistenza a notevole distensione della capsula e forse anche ad invasione di essa da parte del tumore. Finalmente il dimagramento e la profonda depressione delle forze, mentre non erano molto disturbate le funzioni digestive, non potevano meglio spiegarsi che ammettendo l'esistenza di una neoplasia viscerale. Alla stessa conclusione portava la mancanza di tumore splenico in caso di notevole alterazione del fegato.

Adunque, mentre ogni altra supposizione diagnostica mancava dei necessari fondamenti, quella di un tumore trovava appoggio nell'esame fisico e nei disturbi funzionali. Ammessa la diagnosi di neoplasia del fegato, i sintomi principali trovavano una corretta esplicazione e nella loro concordanza la suffragavano come prove.

Abbiamo ricordato che i tumori del fegato sono nella grande maggioranza dei casi secondari. Nel caso nostro potemmo eliminare, con lo esame obbiettivo diretto, sussidiato dall'esplorazione mediante i raggi X, e con la valutazione dei disturbi funzionali, ogni altra localizzazione di tumore: stomaco, intestino, retto, organi genitali, rene, mammelle, risultarono normali. Ammettemmo un tumore primitivo del fegato con decorso acuto e febbrile.

D'altronde nei cancri secondari del fegato è abituale il reperto clinico d'un fegato più o meno uniformemente ingrandito e cosparso da nodi numerosi di varia grandezza, nettamente prominenti alla superficie, laddove noi trovavamo il lobo destro soltanto ingrandito e appena in un punto lievi rilevatezze.

La distinzione clinica e anatomo-patologica dei tumori primitivi del fegato, che ancora oggi possiamo accogliere, è quella di Hanot e Gilbert, in cancro massiccio o a mandorla, cancro nodulare e cancro-cirrosi. Delle tre forme di cancro primitivo non era a pensare al cancro-cirrosi, per la sintomatologia obbiettiva e per il decorso, nè al cancro massiccio, che o non si lascia riconoscere o dà all'organo consistenza molleggiante.

Come ipotesi più confacente all'esperienza ci si doveva fermare al cancro nodulare, il quale ha decorso rapido e talvolta (casi di Aussourd e Monneret) febbrile. Nel cancro nodulare si costituiscono numerosi blocchi neoplastici nell'interno del fegato, i quali si sviluppano anche alla superficie del fegato come rilievi duri e clinicamente apprezzabili; ma avviene anche talora che restino intraepatici o si sollevino alla superficie senza sporgere, e l'affiorino, appena alterando la capsula del Glisson. Nel caso nostro affermammo che i nodi neoplastici, mentre accrebbero il volume e la consistenza del fegato, non hanno fatto sporgenze alla superficie, se non in pochi punti in prossimità del legamento falciforme.

Mentre la specificazione del tipo del tumore era un'induzione basata sulle conoscenze di patologia, la diagnosi di neoplasia primitiva acuta del fegato si basava solidamente su dati di fatto ineccepibili e si presentava con le probabilità sufficienti perchè fosse clinicamente affermata.

Il versamento addominale modico con i caratteri del transudato doveva in parte ascriversi alla cachessia, così come l'edema degli arti inferiori, ma in parte a difficoltà intraepatiche del circolo portale. Poteva imputarsi anche a qualche glandola neoplastica dell'ilo che comprimesse modicamente la vena porta.

II.

La paziente si venne progressivamente aggravando con la sintomatologia dianzi descritta. Nell'ultima settimana è comparso un ittero con andamento progressivo che ha raggiunto nel periodo premortale una discreta intensità.

La febbre, nel periodo ultimo della vita, nella piena cachessia, è scomparsa, mentre l'anemia, e soprattutto la leucocitosi, si sono intensificate.

L'autopsia fu praticata nella Scuola di Anatomia Patologica dal prof. Dionisi. (I dati qui riportati riguardano l'addome; sono omessi gli altri dati necroscopici, perchè non presentano particolare interesse).

All'apertura della cavità addominale si nota liquido citrino limpido.

Il fegato presenta ittero diffuso, ma non raggiunge il colorito delle forti stasi biliari. Non si nota in alcuna regione traccia di alterazione cirrotica. Il fegato arriva quasi a livello della spina iliaca anteriore superiore. Tutta la massa dell'intestino tenue è coperta dal colon. Lo stomaco è spostato a sinistra. Il lobo sinistro del fegato poggia sul cardias. La grande curvatura dello stomaco, nel limite inferiore, sorpassa la cicatrice ombelicale di 2 dita. Sulla piccola curvatura il lobo sinistro del fegato è incurvato a ferro di cavallo sul lobo destro. Il margine inferiore del fegato è ottuso, presenta noduli di varia grandezza, talora fusi, da una lenticchia a un pisello ad una nocciuola, con ombelicatura centrale accentuata. Non si notano accumuli di tali noduli, ma sono sparsi come noduli embolici. Tali noduli traspaiono attraverso la capsula non ispessita anche nella faccia superiore del fegato: non sormontano la superficie se non in una zona situata in alto e verso il legamento falciforme. Nella faccia inferiore il lobo quadrato e il lobo di Spigelio sono specialmente invasi. Si notano numerosi grossi nodi profondi.

Il diaframma a destra è a livello del terzo spazio intercostale; a sinistra declinando in basso, raggiunge l'altezza normale. Nella sua faccia inferiore il diaframma aderisce per lacinie fibrose al lobo sinistro del fègato, notevolmente impiccolito e stirato in alto e in dietro.

Il contenuto della cistifellea è rappresentato da un liquido mucoso invece che da bile, per la compressione esercitata sul dotto cistico e coledoco dalle ghiandole linfatiche tumefatte. Anche il dotto coledoco è compresso dalle ghiandole. La parete del dotto presenta ispessimento della sierosa grigiastra sulla superficie destra. Introducendo con una sonda dall'epatico nel coledoco si penetraliberamente nella ampolla di Vater; però nell'inizio del coledoco per un largo tratto di circa un centimetro si ha infiltrazione della sierosa.

La milza è leggermente ingrandita verso l'alto, e in basso raggiunge il margine inferiore dell'arcata costale. Presenta un infarto anemico.

L'esame microscopico (1) del tumore del fegato dimostra in alcuni tratti estesa degenerazione grassa del fegato, alla periferia dei noduli del tumore in alcuni tratti anche atrofia considerevole delle cellule e pigmentazione biliare di essa. In parecchi tratti le cellule epatiche impregnate dalla bile sono necrotiche. Il tumore ha una struttura particolare, inquantochè risulta di cellule le quali hanno molte caratteristiche di elementi epatici per la forma, per le dimensioni e per le proporzioni tra citoplasma e nucleo; scarsi fasci connettivali ricchi di elementi cellulari separano gruppi notevoli di elementi del tumore, come se connettivo e vasi rappresentassero gli spazi interacinosi. Guardando con cura tali formazioni si vede che si differenziano dalle cellule epatiche, sia per irregolarità degli elementi sia per la architettura, inquantochè non riescono a ricostruire trabeccole, sia perchè spesso si trovano in piccoli alveoli connettivali sotto forma di elementi giganti e talvolta anche di piccolissimi elementi. Per questa architettura apparirebbe giustificata la denominazione di epatoma, cui, per evitare che tale denominazione fosse interpretata come forma adenomatosa, si dovrebbe aggiungere l'epiteto *carcinomatoso*.

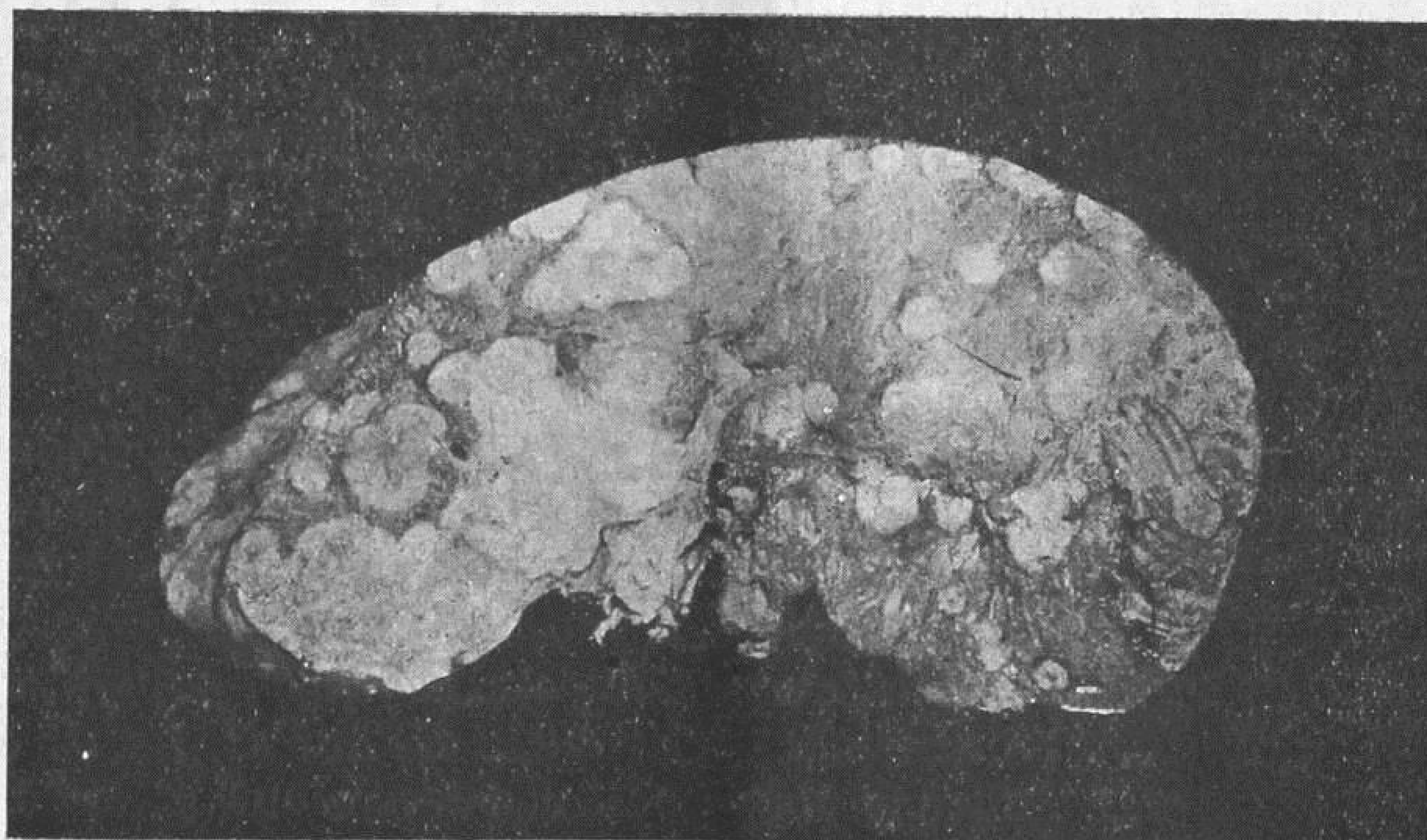


FIG. 2. — Sezione trasversa del fegato.

Un altro dato di fatto degno di interesse è che tali elementi, contenuti talvolta in alveoli, si aggregano a costituire tubuli somiglianti a vasi biliari come nel cancro colangocellulare. In conclusione, per quanto gli elementi possano rassomigliare a cellule epatiche, in alcuni tratti se ne distinguono per l'aggregazione diversa, per essere disposti in alveoli in alcuni tratti e per trovarsi in altri mescolati con elementi del tipo colangocellulare.

Questi dati di fatto risultano ancora evidenti nelle sezioni dove lo stroma è molto abbondante e numerosi alveoli vengono costituiti da esso, potendosi notare che in alcuni tratti il contenuto degli alveoli risulta ora di cellule del tipo epatico, ora di cellule del tipo epite-

(1) Anche l'esame istologico è stato dettato dal prof. Dionisi, cui esprimo la mia gratitudine.

liale dei dotti biliari. Sovente estesi focolai di necrosi si rinvengono tra gli alveoli del tumore.

Portando l'esame istologico al coledoco, nella zona infiltrata si riconosce una infiltrazione della sierosa e del coledoco rappresentata da elementi connettivali variamente intrecciati e da grosse cellule poligonali per lo più contenute in alveoli simili a quelle descritte nel blastoma del fegato. La neo-formazione connettivale si continua nella sotto sierosa e determina anche qui degli alveoli contenenti elementi isolati perfettamente simili a quelli rinvenuti nel fegato. Tali alveoli sono in alcuni tratti amplissimi e contengono scarsi elementi del tipo di quelli rinvenuti nel fegato. Molti di essi sono necrotici. Non si rileva alcun aggruppamento di elementi tali da costituire dei tubuli. Si conserva quindi il carattere poligonale degli elementi blastomatosi. L'epitelio di rivestimento del coledoco non è del tutto conservato; così pure i fasci di muscolatura del coledoco sono dissociati da tessuto canceroso.

Nelle ghiandole linfatiche regionali il seno marginale e i seni intermediari sono zaffati da elementi disposti in trabeccole che ricordano la forma delle cellule epatiche. Il tessuto linfatico appare poco invaso.

Evidentemente il reperto anatomo-patologico confermò a pieno la diagnosi clinica, di neo plasma primitivo del fegato. Il lobo destro era enormemente ingrandito; il lobo sinistro, che risultava assai ridotto nei suoi diametri, si rinvenne piccolissimo e quasi come appendice del lobo destro. La superficie convessa del fegato, che appariva nell'esame clinico liscia nella sua quasi totale estensione, presentava invece all'esame anatomico una diecina di nodi neoplastici che spuntavano dal profondo del parenchima come zone biancastre grandi 1-3 centimetri di diametro, ma non erano rilevati sul parenchima e non ne modificavano la consistenza. Essi non potevano quindi essere percepiti nell'esplorazione clinica. Si rinvenne, a destra del legamento divisorio dei due lobi, un nodulo che sporgeva alquanto dalla superficie con 3-4 escrescenze dure: queste le escrescenze che, nettamente riconosciute con la palpazione, fissarono il nostro giudizio diagnostico.

Il tumore, istologicamente, deriva dai costituenti essenziali dell'organo e cioè da cellule epatiche e da elementi colangocellulari. La struttura specifica del tumore esclude qualsiasi remota ipotesi ch'esso potesse mai trarre origine da qualche organo rimasto inesplorato o da corionepitelioma dell'utero ch'avesse subìto localmente un'involuzione.

Le glandole linfatiche dell'ilo si dimostravano per la loro ubicazione e per il loro volume capaci di esercitare compressione sulla porta. Esse non spiegavano però, come sarebbe stato ovvio supporre, anche la itterizia comparsa nel periodo terminale.

Di essa rende conto invece la infiltrazione del coledoco con il conseguente restringimento del lume. Se già clinicamente, per la evoluzione dei sintomi, l'itterizia doveva riconoscersi come un fenomeno secondario, e se pertanto subordinata alla lesione iniziale doveva ritenersi la causa determinante di essa, l'esame istologico della zona infiitrata del coledoco, che ritrova quivi la stessa struttura dei nodi collocati entro il parenchima, comprova che nel coledoco è la metastasi e nel fegato è la sede iniziale del neoplasma.

Adunque il caso da noi diagnosticato oltre che singolare per il suo decorso acuto e febbrile, è interessante come tipico esempio di neoplasma riconosciuto istopatologicamente primitivo del fegato.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO.
Prof. F. MICHELI, direttore.

Sul modo di determinare i gruppi sanguigni.

Dott. PROSPERO MINO e dott. GIOVANNI CANAPERIA.

È riconosciuta l'importanza, anche da un punto di vista esclusivamente pratico (ad es. per la trasfusione di sangue), del riconoscimento dell'esistenza di gruppi sanguigni nell'uomo e dell'incompatibilità biologica che esiste tra individui di gruppi diversi (3).

In considerazione di ciò è necessario che la determinazione del gruppo sanguigno a cui appartiene un dato individuo venga eseguita in modo da offrire la certezza che i risultati siano assolutamente sicuri. I vari metodi che sono stati proposti per quanto si riferisce alle prove preliminari della trasfusione si possono distinguere in due categorie:

1) quelli che si limitano alla ricerca di interagglutinazione tra donatore e ospite;

2) quelli che invece richiedono la determinazione del gruppo sanguigno dei due individui.

Svariati motivi, su cui avremo modo di tornare, rendono poco consigliabile la sola prova dell'interagglutinazione. È invece opportuno ricercare in ogni caso a quale gruppo appartengano i due individui.

Il gruppo sanguigno è una vera intrinseca qualità biologica individuale, è una vera unità fisiologica, un complesso di proprietà individuali, ben fisso, costituzionale, ereditario (5). Esso è composto da un insieme di qualità alcune delle quali più, altre meno, facilmente rilevabili.

Le più conosciute sono le proprietà isoagglutinabili ed isoemolizzabili dei globuli rossi e le proprietà isoagglutinanti ed isoemolizzabili del siero.

Ma come già altre volte è stato rilevato (4-5) queste proprietà non esauriscono tutto il problema del gruppo sanguigno, nel quale sono comprese anche altre proprietà egualmente specifiche.

La isoagglutinabilità specifica di gruppo dei globuli come il potere isoagglutinante specifico del siero sono, allo stesso modo dei fenomeni di isolisi (4), degli indicatori precisi del particolare carattere «gruppo sanguigno» e ne rendono possibile e facile il riconoscimento.

Infatti la determinazione del gruppo sanguigno di un individuo viene fatta di solito ricercando se i suoi globuli rossi siano agglutinati da sieri campioni, uno contenente l'agglutinina α e l'altro l'agglutinina β (per i dettagli cfr. 2-3).

Questo metodo ci indica in modo preciso quali siano gli agglutinogeni contenuti nei globuli rossi in esame, e per conseguenza a quale gruppo questi appartengano.

L'impiego di questo solo metodo, eseguito ben inteso con procedimento tecnico preciso, è sufficente in ogni caso per riconoscere esattamente il gruppo sanguigno di un dato individuo.

Recentemente però, Guthrie e Huck (1) in base ad alcune osservazioni personali hanno creduto di poter affermare che la ricerca eseguita solamente con questo metodo è insufficiente (perchè potrebbero sfuggire casi di individui appartenenti ad alcuni nuovi gruppi, che gli AA. suddetti credono di aver potuto riconoscere).

Essi ritengono che sia necessario determinare anche il potere agglutinante del siero di sangue dell'individuo in esame con globuli campione ben conosciuti.

Per quanto in una serie di determinazioni del gruppo sanguigno di oltre 500 individui, eseguite nel corso di indagini sull'eredità dei gruppi sanguigni, e dei fenomeni di isolisi, uno di noi (dott. Mino) non abbia riscontrato alcuna divergenza tra i risultati dell'esame della isoagglutinabilità dei globuli e quella della proprietà isoagglutinante dei sieri rispettivi, abbiamo tuttavia creduto opportuno eseguire una nuova serie di indagini, confrontando i risultati forniti dai due metodi.

Le ricerche sono state eseguite con il procedimento microscopico su vetrini a goccia pendente, impiegando per l'esame dell'agglutinabilità globuli freschi, lavati, e sieri campione ben noti, e per l'esame del potere agglutinante globuli campione ben noti, e siero fresco a diluizione 1 : 3.

La lettura veniva fatta dopo un'ora di temperatura ambiente e i risultati controllati dopo 1/2 ora di permanenza in termostato.

Sono stati così esaminati oltre 200 individui.

I risultati ottenuti sono assolutamente concordanti nei rispetti della determinazione del gruppo sanguigno con entrambi i metodi.

Un'altra serie di ricerche da noi eseguita è stata indirizzata all'esame dell'esistenza possibile, secondo Guthrie e Huck, di individui che mentre sembrano appartenere allo stesso gruppo sanguigno all'esame dell'agglutinabilità dei globuli rossi, appaiono invece essere di gruppi diversi, in quanto essi dànno luogo ad interagglutinazione.

Le nostre indagini sono state eseguite:

1) trattando con 25 sieri di individui del gruppo II i globuli rossi di 50 altri individui di gruppo II;

2) trattando con 25 sieri di individui del gruppo I i globuli rossi di 50 altri individui del gruppo I.

In questa numerosa serie di agglutinazioni non ci è mai occorso di incontrare una qualunque divergenza dal comportamento prevedibile teoricamente.

In nessun caso abbiamo riscontrato interagglutinazione tra individui di uno stesso gruppo, in nessun caso abbiamo potuto riconoscere nel siero qualità diverse da quelle riconoscibili all'esame dei soli globuli rossi.

Le nostre indagini vennero sospese quando per altra via uno di noi (dott. Mino) ebbe a riconoscere l'inattendibilità delle affermazioni di G. e H., sulle quali essi avevano costruito le possibilità teoriche di divergenza tra i vari metodi di determinazione del gruppo sanguigno (8-9).

Abbiamo tuttavia creduto opportuno comunicare i risultati ottenuti per diverse considerazioni.

Era infatti conveniente l'esame sperimentale di alcune conseguenze delle premesse teoriche di G. e H. Il risultato decisamente e completamente negativo delle nostre ricerche porta un valido appoggio alla constatazione della insufficienza dei dati sperimentali ed alla inattendibilità delle conclusioni degli autori suddetti.

Inoltre da tutte le nostre ricerche appare evidente che i risultati dell'esame dell'agglutinabilità dei globuli rossi sono assolutamente sicuri nei riguardi della determinazione del gruppo sanguigno.

Poichè è stato riconosciuto che il potere agglutinante di un siero non solo è soggetto in

uno stesso individuo a variazioni anche notevoli per cause svariate, ma può essere anche in condizioni fisiologiche assai basso, e d'altra parte l'agglutinabilità dei globuli non è eguale verso tutti i sieri (specificamente isoagglutinanti e dello stesso gruppo), è chiaro che l'esame dell'agglutinabilità dei globuli è soggetta anche teoricamente a minori cause di errore che non quello del potere agglutinante del siero.

Noi crediamo quindi che sia conveniente insistere perchè in tutti i casi nei quali sia necessario procedere alla determinazione del gruppo sanguigno la ricerca venga eseguita esaminando l'agglutinabilità dei globuli rossi verso alcuni sieri campione di gruppo II e III.

Naturalmente i sieri campione devono avere un alto titolo agglutinante, essere in buon stato di conservazione, e l'esame deve avvenire con tutte le cautele richieste dall'importanza, si può ben dire vitale, del risultato agli effetti pratici.

BIBLIOGRAFIA.

(1) GUTHRIE C. G. and HUCK J. C. *On the Existence of More Than Four Isoagglutinin Groups in Human Blood.* Bull. of the John Hopkins Hosp., 1923, febbr., mar., apr.
(2) MINO P. *Ricerche sulla modificabilità dei gruppi sanguigni.* Riforma medica, 1923, n. 4.
(3) ID. *Incompatibilità biologiche nella trasfusione di sangue nell'uomo e modo di riconoscerle.* Minerva Medica, 1923, n. 12.
(4) ID. *Gruppi sanguigni di isolisi nell'uomo.* Riforma medica, 1924.
(5) ID. *L'eredità dei gruppi sanguigni.* Policlinico, Sez. Med., 1924.
(6) ID. *Ricerche sull'agglutinazione dei globuli rossi nell'uomo.* I. Giorn. di Biol. e Med. sper., 1924.
(7) ID. *Ricerche sull'isoagglutinazione dei globuli rossi nell'uomo.* II. Giorn. di Biol. e Med. sper., 1924.
(8) ID. *Sulla pretesa esistenza di tre o più agglutinine specifiche di gruppo nel sangue umano.* Giorn. di Biol. e Med. sper., 1924.
(9) ID. *Recherches expérim. sur la question des groupes sanguins.* Presse médicale, 1924.

MEDICINA SOCIALE.

ISTITUTO PSICHIATRICO DI REGGIO EMILIA.

Ulteriori contributi alla etiologia e profilassi del gozzo endemico.

Prof. GIACOMO PIGHINI.

La Provincia di Reggio Emilia — come già ebbi occasione di ricordare in precedenti note sull'argomento — offre favorevoli condizioni per lo studio della endemia gozzo-cretinica, sia rispetto alle cause, che alla cura e profilassi. Vi ha in essa una regione in cui la malattia è nettamente localizzata su un terreno di costituzione chimico-geologica che differisce radicalmente dal terreno circostante abitato da popolazione indenne. Quivi dunque i rapporti fra costituzione fisica del luogo ed endemia appaiono strettissimi, e si prestano bene ad uno studio comparativo.

La regione in parola è compresa nella parte alta della vallata del torrente Secchia, ove affiorano i grandi banchi di gesso dell'epoca triasica (Sacco) estesi sulle due sponde del Secchia dal villaggio di Busana sino alla Gatta di Villaminozzo, e risalente un buon tratto la valle dell'Ozola, affluente di destra del Secchia. Quei banchi sono molto mineralizzati, e lungo le linee di frattura alla lor base dànno esito a copiose fonti di acque minerali (acque salse di Pojana, di Montelasso, ed altre lungo il Secchiello). I pochi villaggi situati su quel terreno sono tutti abitati da popolazione colpita da gozzo e da più rare sindromi collegate alla distrofia tiroidea: Basedow, sordomutismo, mixedema, cretinismo. Di più tutti gli abitanti nei casolari sparsi sulle due rive del torrente Secchia — in prevalenza molinari che derivano l'acqua al loro molino direttamente dal torrente — e che non hanno a portata di mano altro alimento idrico che l'acqua di quest'ultimo, sono qual più qual meno colpiti dalla endemia. A cominciare dai molinari a livello di Collagna sino a quelli situati anche sotto La Gatta, ossia sotto la zona del gesso triasico, tutti presentano nelle lor famiglie — non una eccettuata! — casi di gozzismo; ed in molte di esse vi hanno più gravi forme degenerative mixedemo-cretinose, di cui alcune vennero ricoverate al manicomio di Reggio.

Altri piccoli centri di gozzismo sono sparsi quà e là per la provincia, ma questo dell'alta Val Secchia è per me speciale oggetto di studio da parecchi anni, appunto per la sua netta localizzazione, e la opportunità che offre al ricercatore di poter investigare le cause di-

rette del male con confronti colle popolazioni delle zone limitrofe immuni.

In questa ricerca io potei convincermi che effettivamente la causa precipua, se non unica, della endemia risiede nella qualità delle acque bevute da quelle popolazioni colpite: pari le condizioni di vita fra gli incoli della zona endemica e quelli della zona circostante, pari i costumi, pari le condizioni sociali, pari l'alimento — a parte l'acqua; pari la qualità dell'aria respirata, poichè i villaggi sani e i colpiti a volte non distano che di poche centinaia di metri l'uno dall'altro; pari la razza. La condizione per ammalare è indubbiamente legata al luogo. Famiglie di molinai venute sane da lontano, sono ammalate entro l'anno, o poco più, di dimora sul torrente; famiglie di molinai colpite che trapassarono in vallate sane, si son viste in breve risanate. Non apporterò qui esempi già citati in precedenti lavori, e che maggiormente illustrerò in una prossima memoria col dott. Nizzi sulla endemia in Provincia di Reggio.

Qui mi preme solo riferire brevemente sulla prosecuzione delle misure profilattiche e curative adottate in questa zona col sussidio dell'Istituto Psichiatrico di S. Lazzaro cui appartengo, ed accennare alle ricerche sulla natura del male, che ho continuato e continuo nei Laboratori Scientifici di detto Istituto.

Circa a queste ultime, ho riferito nel maggio scorso in una mia conferenza agli Istituti clinici di Milano (1), e riferirò ampiamente in uno studio di prossima pubblicazione sulla Rivista di Freniatria. Cani, ratti bianchi e polli nutriti — oltre al vitto ordinario — con acqua contenente in dissoluzione gli elementi minerali solubili delle roccie per cui filtrano le acque gozzigene di Val Secchia (oppure roccie entro le quali sono scavati i pozzi gozzigeni), mostrarono evidenti alterazioni tiroidee, comparabili ai vari tipi di struma parenchimatosa e colloide dei gozzi umani. Le prove sperimentali istituite sugli animali sia colle acque strumigene di Val Secchia sia con acqua potabile del gabinetto saturata coi detti elementi minerali, hanno dimostrato che in tali acque — e quindi in tali strati minerali — esiste l'agente attivo sulla tiroide. Sulla identificazione chimica, o chimico-biologica, di detto agente sono sempre in corso le esperienze, e ne sarà riferito a suo tempo. Per la questione etiologica intanto interessa tener presente che anche il controllo sperimentale ha dimostrato gli stretti legami fra la natura delle acque e del suolo, e la alterazione tiroidea: onde ne esce sempre più convalidato il concetto che la malattia sia in diretta relazione coll'uso di quelle determinate acque consumate sul luogo.

Circa poi alla natura dell'elemento gozzigeno contenuto in tali acque, io propendo a ritenerlo di natura chimica. Esposi già in precedenti lavori sull'argomento (1) le ragioni critiche per cui deve escludersi un agente infettivo della endemia. Lo studio epidemiologico di essa, i caratteri clinici della malattia, le esperienze di laboratorio depongono tutte concordemente contro tale origine batterica o comunque infettiva. L'elemento attivo contenuto nelle acque è verosimilmente di natura chimica, poichè si mantiene tale anche colla ultrafiltrazione di tali acque.

Ciò ho voluto ricordare qui per obiettare al Balp, che recentemente ritorna sulla questione (2), la insufficienza delle sue vedute sulla origine della malattia da germi infettanti le stalle ed i bovini in genere. I nuovi dati portati dal Balp alla sua tesi vorrebbero dimostrare che vi ha uno stretto rapporto fra la distribuzione geografica della endemia gozzo-cretinica e la intensità dell'allevamento del bestiame bovino. Ma la dimostrazione non risulta nè dagli stessi dati raccolti dal Balp, nè dalle condizioni etiologiche delle popolazioni. Troviamo infatti, nelle tabelle del Balp, che, ad es., in provincia di Bergamo, di Brescia, di Cremona, vi hanno rispettivamente il 35, il 43, il 57, il 35 ‰ di gozzuti (alle leve), cui corrisponde un quantitativo di 26, 31, 57, e 60 di bestiame bovino % di abitanti; mentre vi hanno altre provincie con poco o niente gozzo in cui il bestiame è assai più abbondante, quali le emiliane di Bologna, Ferrara, Forlì, Modena, Reggio Emilia, Parma, Piacenza (gozzuti: 9, 0.1, 16, 14, 4, 13, bestiame % di abitanti: 60, 67, 48, 91, 95, 86, 64!). Voler trarre delle conclusioni da questi dati è proprio voler ancor più svalorizzare quella povera scienza statistica che si pretende far servire ad ogni tesi.

Ma ciò che importa si è che l'osservazione sul luogo non conforta affatto l'ipotesi del

---

(1) *Funzioni e disfunzioni tiroidee*. Conferenze dei proff. GASTALDI, PIGHINI, CERLETTI, ROSSI, LUGARO. Ed. Istituto Sieroterapico Milanese, 1923.

(1) G. PIGHINI. *Ricerche sulla endemia gozzo-cretinica nelle Regioni veneto-lombarde e nella Provincia di Reggio Emilia*. Riv. sperim. di Freniatria, XLIV, 3 aprile 1920. — *Alterazioni sperimentali della tiroide in rapporto colla etiologia del gozzo*. Nota preventiva, *Ibid.*, 1923.

(2) S. BALP. *La endemia tiroidea in Italia e la sua profilassi*. Giornale della R. Accad. di Medicina di Torino, n. 4-6, 1923.

Balp. Egli che dà il maggior peso etiologico alla coabitazione delle popolazioni delle zone gozzigene nelle stalle col loro bestiame, e al conseguente contagio sia diretto che per trasmissione attraverso l'acqua bevuta, infettata dagli scoli di stalla, ecc., ha indubbiamente in troppa fretta concluso sulle parziali e limitate osservazioni fatte in Piemonte. Da noi in Emilia — ove non è affatto vero quanto afferma il Balp, che la proprietà non sia molto frazionata —, neanche a farlo apposta, è proprio il contrario quello che si avvera. È soltanto nella pianura, ove vi hanno stalle ampie e dove scarseggia la legna, che il contadino passa l'inverno nelle stalle; ed il pozzo scavato nelle adiacenze, alimentato da acque superficiali, è spesso inquinato da scoli della prossima concimaia. L'esame delle acque di tali pozzi — come ne capitano spesso agli uffici di Igiene della nostra città — rivela frequentemente l'ammoniaca, i nitrati, i nitriti, i cloruri abbondanti; segni dell'inquinamento per sostanze organiche. Se il germe del gozzismo, come afferma il Balp, fosse un ospite abituale della flora intestinale degli erbivori, nessuna condizione più favorevole troverebbe per contagiare di gozzo il contadino della piana emiliana. Eppure in tutta questa ampia regione, se si riscontrano spesso focolai di tifo in rapporto appunto coi detti inquinamenti, mai si sono rilevati centri di gozzo endemico (se si fa eccezione a qualche casolare sparso lungo il torrente Secchia, ma in rapporto con tutt'altre cause!).

Nell'alta montagna nostra invece le cose sono invertite. La popolazione non vive mai entro le stalle, che sono bassissime, buie, luride, veri covili pegli scarsi bovini e i molti equini (asini e muli) ed ovini. I casolari non sono sparsi, ma raggruppati in villaggi compatti, e ciascuna famiglia si raccoglie d'inverno attorno il proprio focolare, ben nutrito di legna, che è l'unica abbondanza di quelle povere regioni. I pozzi sono scavati in seno o fuori dei villaggi, possono o non essere inquinati, a volte gli abitanti debbono fare lunga strada per andare a cogliere l'acqua alla fonte, a volte questa emerge da strati superficiali ed inquinabili, a volte dalle viscere della roccia. Ed i centri di gozzismo si riscontrano indifferentemente per tutte queste varie condizioni di alimentazione idrica. Decisivo a questo proposito è l'esempio dei molinai dell'alta Val Secchia. Come già accennai, le famiglie loro sono tutte colpite, a cominciare dai molini sotto Collagna a quelli sotto La Gatta. Or bene, esse non hanno stalla, esse non bevono acque di pozzi inquinati da elementi di stalla, ma solo l'acqua del torrente, che ivi scorre fra scoscese ripe di roccia gessosa, e che nella sua parte più alta non ha ancora accolto affluenti passanti per villaggi ove potersi inquinare di scoli di stalla, od altro. Che se si volesse sostenere l'inquinamento delle acque dei torrenti come causa di gozzo, si dovrebbe constatare l'endemia lungo tutti i torrenti e in tutte le famiglie di molinai od altre che lungh'essi vivono e di essi si alimentano. Ciò non è; quindi la causa non può aver rapporto nè coi bovini nè colle stalle.

* * *

Nell'anno ora terminato (1923) ho continuato, per quanto i miei scarsi mezzi lo consentano, a svolgere la mia modesta opera di profilassi e di cura nei centri più colpiti, a complemento degli studi etiologici e patogenetici che sto conducendo nei Laboratori dell'Istituto di S. Lazzaro. Come già comunicai in precedenti lavori (1), dal 1919 a questa parte ho sperimentato nei vari centri di endemia della provincia i mezzi profilattici e curativi che l'esperienza altrui e i convincimenti miei, tratti dalle osservazioni sul luogo, meglio mi consigliavano. Il mio Istituto ha fornito i mezzi curativi, e qualche autorità locale ha assecondato i miei voti. In alcune località si addivenne così ad una radicale trasformazione dell'approvvigionamento idrico, di cui già ora si possono constatare i salutari effetti; in altri si è sulla via di provvedere. Accennai l'anno scorso al beneficio, rispetto al gozzismo, apportato dalla nuova fonte dedotta dal calcare eocenico nel villaggio di Talada; quest'anno potei constatare che l'altissima percentuale di ipertrofie tiroidee nelle donne e nei bambini rilevata nella mia prima visita al villaggio nel 1919, è pressochè ridotta a zero: in tre anni di buona alimentazione idrica si è ottenuta la bonifica. A Ligonchio, ove non pochi sono i casi di gozzismo, il progetto della nuova fonte sta per essere attuato; ed è nel programma dei nuovi amministratori di approvvigionare pure di buona acqua il villaggio più colpito di queste vallate, Caprile.

Frattanto ivi ed in altre località ha dato buoni risultati la cura medica, che feci praticare dalle maestre delle scuole, dai medici condotti, dai parroci e da qualche altro volenteroso nelle famiglie. (Rendo qui sentite

---

(1) G. PIGHINI. *Per la profilassi del gozzo endemico in Italia.* Questo giornale, S. P., 1919. — *Per la profilassi della endemia gozzo-cretinica.* Difesa Sociale, gennaio 1923.

grazie, per la intelligente collaborazione usatami, al dott. Guido Zuccoli, nel comune di Villaminozzo).

Come mezzo profilattico, oltre a raccomandare, ove era possibile, l'uso di certe fonti emergenti dal calcare, e l'abbandono di altre ritenute gozzigene, raccomandai a molte famiglie, non aventi la possibilità di scelta nell'uso dell'acqua, di non berla se non bollita. Ma tale pratica è difficilmente seguita a lungo, sia per la innata indolenza e rassegnazione di tali popolazioni, sia pel gusto insipido che assume l'acqua dopo la bollitura. Più facile riesce invece la propaganda di certe pratiche curative, specie se se ne offre gratuitamente il mezzo. Continuai pertanto, e con sempre nuovo successo, la pratica delle cure a base di jodio e di prodotti opoterapici che sin dal '19 mi aveva dato ottimi risultati.

Qualunque preparato jodico giova al gozzuto; e l'esperienza volgare da quasi un secolo ha insegnato ai nostri valligiani l'effetto benefico della *spugna usta* contenente, come è noto, del joduro di sodio. Ciò che importa al medico igienista è di trovare il più adatto, che sia attivo e insieme di facile uso, bene accetto, e non pericoloso se lasciato senza controllo nelle mani di gente rozza ed ignorante. Ottimi risultati pratici mi diede, ad es., in questi ultimi tempi il ripetere il consiglio che già dava il Grassi ai fanciulli delle scuole valtellinesi nel 1904: di aggiungere una-due goccie di tintura di jodio alla tazza di latte consumata al mattino. Questa pratica, meglio che nelle scuole — ove i bambini non prendono, da noi, il latte — riesce bene accetta e di facile applicazione nelle famiglie; ed in molte di queste, ove venne adottata, ne constatai i buoni risultati.

Importava però trovare un mezzo anche più agevole, pratico, e di uso generale; ed a quel concetto mi ispirai, avendo constatato i buoni risultati ottenuti anche da me — come già dal Muggia in Valtellina — dai cioccolatini di jodostarina dati ai bambini nelle scuole. Pensai adunque di far preparare dai laboratori della locale Farmacia Comunale delle compresse contenenti in dose acconcia i preparati che meglio mi avevano corrisposto nelle cure delle varie forme di distrofia tiroidea.

È noto da tempo l'effetto eroico della opoterapia tiroidea nei cretini, cretinosi, mixedematosi, ecc., in tutte cioè quelle forme legate a distrofia tiroidea che si incontrano nelle zone affette da gozzismo. I brillanti risultati di Grassi in Valtellina nel 1904, controllati anche da Galli Valerio, e di Wagner v. Jauregg e di v. Kutschera in Austria e in Stiria, hanno già trovato ampia conferma; io stesso nel '19 pubblicai documenti personali in proposito. Mio intendimento fu, sin d'allora, di trovare una formola medicamentosa che risponde alle esigenze di una energica e sollecita cura di questi casi, riducendo insieme al minimo e la spesa dei farmaci e il rischio degli effetti nocivi di intolleranza cui possono dar luogo le singole cure jodiche o tiroidiniche. E tale intendimento raggiunsi combinando dosi piccolissime di preparati jodici e di tiroidina. Nei molti casi così trattati potei convincermi che l'jodio aggiunto alla tiroidina intensifica l'azione di questa, onde basta una minima dose del prodotto opoterapico per ottenere l'effetto curativo. Le semplici ipertrofie della glandola (cosidette «gole grosse») delle donne e dei bambini recedono in qualche mese coll'uso di due centigrammi di polvere di tiroide secca (ho usato il prodotto Zanoni; 0.02 di polvere = gr. 0.10 circa di tiroide fresca), e non più di mezzo centigramma di jodio inorganico, presi ogni due-tre giorni (nei bambini due volte la settimana); mentre coll'uso esclusivo di preparati jodici o di tavolette di tiroidina (ogni tavoletta = gr. 0.30 circa di tiroide fresca) occorrono in genere, per ottenere gli stessi effetti, dosi maggiori o maggior tempo. È riconosciuto da quanti si sono occupati della profilassi del gozzo endemico che effettivamente il giovamento delle cure jodiche si può raggiungere anche con dosi minime di medicamento. In Isvizzera, ad es. (Klinger), si sono ottenuti buoni effetti nei bambini delle scuole distribuendo un cioccolatino di jodostarina (preparato dal dott. Aoetta) per settimana, non contenendo ogni cioccolatino che 5 milligr. di jodio. Il Muggia nelle scuole valtellinesi ne ha fatto distribuire due per settimana. Marine e Kimball invece negli Stati Uniti trovano vantaggioso il trattamento fatto due volte all'anno, in primavera ed autunno, con due grammi di joduro di sodio propinato in 10 giorni, ossia 20 centigr. al dì. Oswald invece, sempre in Svizzera, dice di ottenere gli stessi effetti con due soli milligrammi al giorno. Io pure usai, nelle scuole del Comune di Ligonchio, gli ottimi cioccolatini di jodostarina «Roche» facendone distribuire due per settimana, e per 6 mesi consecutivi. I risultati furono buoni, ottenendo in circa 2/3 degli alnuni una diminuzione del volume della glandola. Ma più pronti effetti ottenni, nelle scuole di Cinquecerri, con pastiglie cioccolattate contenenti, come dissi, un po' di tiroidina e dosi minime di jodio inorganico: tutti i bambini così trattati, con due pastiglie alla settimana, in tre

mesi si mostrarono risanati, non offrendo insieme alcun fenomeno di intolleranza. Onde trovai opportuno farmi confezionare dalla locale farmacia Comunale, come ho accennato sopra, delle *compresse* che si presentassero di gusto gradevole al palato, e contenessero i principi attivi sperimentati. La formula prescelta, come la più consigliabile per conservare allo jodio le due attività ioniche, fu la seguente:

Ioduro di sodio g. 0,01.
Tintura di jodio goccie una.
Polvere di tiroide secca g. 0,02

e confezionata con polvere di cacao, zucchero, ed altri incipienti in modo da ottenere una compressa a titolo stabile di jodio, conservabile in qualunque condizione di ambiente, economica, di sapore gradevole, e non irritante il palato. Ciò fu pienamente raggiunto. Le «compresse antistrumose F. C.» così preparate risultarono contenere, all'esame analitico diretto, 9 milligrammi di jodio ciascuna, e riescirono gradevoli a quanti vennero propinate.

Nell'estate scorso ne distribuii largamente nei centri di endemia dell'appennino reggiano e parmigiano, e sempre risposero bene, sia per essere bene accette da quella gente primitiva, sia pel facile loro uso: la dose di una-due per settimana nei bambini (secondo l'età), di tre-quattro negli adulti è più che sufficiente allo scopo, ed anche se continuata per più mesi non ha mai dato fenomeni di intolleranza.

Nei casi più gravi di distiroidismo e atiroidismo congenito, quali di sordomutismo, di mixedema, di deficienza mentale, di cretinismo, ho fatto confezionare compresse a parte identiche alle prime, ma con aggiunta di gr. 0,02 di polvere orchitica. A ciò mi spinse la constatazione degli effetti benefici dell'opoterapia testicolare, praticata in vari casi miei privati e del Frenocomio in alcune distrofie nervose e nerveo-muscolari dipendenti da cause congenite, con partecipazione degli apparati sessuali. È noto come in quei casi di distrofia tiroidea congenita, molte altre glandole a secrezione interna, oltre alle sessuali, possono partecipare al processo morboso: anche la ipofisi e il timo mostrano spesso ripercussioni patologiche. Onde sarebbe razionale la cura opoterapica pluriglandolare.

L'associazione della tiroidina colla sostanza orchitica mi pare pertanto, anche dal punto di vista economico, la più praticamente utile. Le «compresse antistrumose con sostanza orchitica» della Farmacia Comunale di Reggio Emilia, nella formola suddetta, mi hanno già corrisposto bene, e sono tuttora in isperimento.

***

Nel risveglio della lotta contro le grandi malattie sociali che si è manifestato in tutte le nazioni dopo la guerra, anche la lotta contro l'endemia gozzo-cretinica sta ora cercando la sua base di metodo e di applicazione pratica su larga scala. L'Ufficio internazionale d'Igiene ne ha fatto oggetto di speciale studio, ed il comm. dott. Lutrario riferiva recentemente sull'opera da lui svolta in proposito in seno a quell'alto consesso. Il governo però, che era intervenuto così efficacemente nella organizzazione della profilassi contro la malaria e la pellagra, non ha ancora preso posizione nella lotta contro l'endemia gozzo-cretinica. È sorta una Commissione nominata dalla Società di Neurologia; si è costituito in Valtellina un Comitato provinciale sotto la energica spinta del prof. Muggia, direttore del manicomio di Sondrio, che da due anni va svolgendo un'opera veramente proficua; l'Istituto di Igiene e Previdenza sociale accentua pure la sua opera di propaganda in proposito; ma l'organizzazione metodica della lotta contro l'endemia in Italia attende sempre di essere concretata. Dalla statistica compilata nello scorso anno a mezzo dei Prefetti dalla Direzione generale di Sanità, deve essere risultato che in tutte le provincie alpine dell'Italia settentrionale, in molte appenniniche dell'Italia peninsulare, ed in Sicilia ed in Sardegna vi hanno notevoli centri d'endemia gozzo-cretinica (ed anche la recente statistica dei riformati per gozzo e cretinismo del Balp, lo dimostra). Attendere che in queste Provincie sorgano comitati sull'esmpio di quello di Sondrio sarebbe ingenuità, poichè ciascuna intende i suoi problemi igienici a suo modo. Occorre adunque un provvedimento governativo, come si è fatto per la malaria e la pellagra.

Nel 1919 proponevo la nomina di una Commissione governativa del tipo di quelle Pellagrologiche provinciali; ora, colla recentissima Riforma degli ordinamenti sanitari per cui vengono soppresse le Commissioni provinciali pellagrologiche, antitubercolari, ecc., non resta che far voti perchè il Consiglio Superiore di Sanità si occupi della questione, e provveda come crede meglio per ogni provincia affetta dalla endemia. L'art. 19, *b*) della nuova legge infatti stabilisce che il Consiglio Superiore di Sanità «propone quei provvedimenti, quelle inchieste e quelle ricerche scientifiche che giudicherà convenienti ai fini della amministrazione sanitaria». È appunto questo che si richiede per la profilassi e cura della endemia gozzo-cretinica: inchieste, ricerche scientifiche

e provvedimenti. In ogni provincia non sarà difficile, a traverso i Consigli provinciali di Sanità, trovare qualche studioso o competente in materia, e istituirvi una Commissione locale.

Anche con limitatissimi fondi quelle Commissioni, una volta in carica, avranno modo di interessare alla loro opera le Provincie, i Comuni, gli Enti locali, e i mezzi finaziari per condurre a fondo la lotta si troveranno. Ma occorre creare il *primum movens*, e questo, trattandosi di un'opera di profilassi generale della razza, che interessa tutta la nazione, non può essere promosso che dal Governo.

Dicembre, 1923. × × ×

STORIA DELLA MEDICINA.

In occasione del primo Centenario della Litotrizia - L'invenzione della " pinza a tre branche "

pel prof. TEBALDO CIMINO, libero docente di Urologia in Palermo.

Si celebra in questi giorni in Francia il primo centenario della litotrizia. Il 13 gennaio 1824 infatti, Civiale eseguiva a Parigi, alla presenza di due Commissarii: i dott. Percy e Chaussier, delegati dall'Accademia delle Scienze, in forma ufficiale, e con pieno successo, la prima litotrizia. Egli eseguì la sua operazione per mezzo di uno strumento che chiamò *litolabe* (λιθος pietra e λαμβανειν prendere) o «*pinza a tre branche*», costituito da una sonda retta, vuota, entro la quale era introdotta una pinza formata da tre branche elastiche, che si addossavano fra loro finchè erano racchiuse nella sonda, ma divaricavano il loro estremo vescicale, quando questo era spinto in vescica — dopo introdotta la sonda retta. Le tre branche uscivano fuori dalla sonda, come tre dita adunche; manovrando la sonda e spingendo e ritirando la pinza, si afferrava fra le branche di questa il calcolo e lo si fissava all'estremo interno della sonda. Quindi fra le branche della pinza si spingeva una bacchettina di acciaio che terminava con una specie di piccolo tridente o trapano, sino a investire con tale punta il calcolo imprigionato, come ho detto, allo estremo della sonda; si faceva girare sull'asse il trapano e così si perforava il calcolo. Ripetendo in varie direzioni la perforazione del calcolo, lo si frammentava; l'operazione era ripetuta finchè i frammenti erano ridotti a così piccolo volume da potersi schiacciare e polverizzare fra le sole branche della pinza attratta sulla sonda oppure da poter essere espulsi spontaneamente per l'uretra. Come si vede la prima litotrizia fu ben diversa dalla sua discendente odierna; pur nondimeno sollevò giustamente entusiasmo perchè alla cura della calcolosi vescicale aprì un metodo operatorio nuovo, per lungo tempo carezzato e suggerito teoricamente, mai però potuto praticamente realizzare.

Quello che rese praticamente possibile la nuova operazione, fu la invenzione della pinza a tre branche — perchè con essa si riuscì finalmente a prendere e fissare il calcolo allo strumento. La gloria di tale invenzione fu aspramente contestata al Civiale specialmente da Leroy d'Etiolles; la polemica assunse un tono elevato e ad essa parteciparono i dotti di tutta la Francia e le Accademie. Senonchè da altre nazioni sorsero altre voci a rivendicare la gloria di quella invenzione: i tedeschi ricordarono che il bavarese Gruithuisen fin dal 1813 aveva posato i concetti fondamentali della litotrizia e proposto uno strumento atto a realizzarla; ma aveva avuto il torto di sperimentarlo solo sul cadavere. Gli inglesi rivendicarono la priorità allo scozzese Elderton (1819) e Thompson riversò tale gloria sul londinese Weiss (1824).

E anche oggi, in occasione della celebrazione del centenario della prima litotrizia, si torna un po' dappertutto a rivangare nel passato e si torna a riversare la gloria della invenzione della prima pinza a tre branche (primo antenato del moderno litotritore) su Civiale.

Fin dal 1904, in una pubblicazione intitolata «*Le origini del litotritore*» io ho rivendicato al nostro Santorio il merito della invenzione. Il grande italiano — che come tutti sappiamo visse tra la fine del 1500 e il principio del 1600 — nei suoi «*Commentaria libri Canonis Avicennae*, fasc. I, 1626», così testualmente scriveva, intrattenendosi della possibilità di estrarre un calcolo dalla vescica, per le vie naturali:

«*Quod si calculus per ureteres, ad vesi-*
«*cam dejectus, spatio hebdomadae circiter cum*
«*urina non ejicitur, extrahendus est, ne per*
«*moram magnus evadet, quod ut fieret. Exco-*
«*gitavimus syringam quae in vesicam immit-*
«*tenda est quando lotio est referta. Ea im-*
«*missa, tunc instrumentum, quod unit tres*
«*cuspides (dum est in syringa) aliquando plus*
«*impellitur ut tricuspides separentur et dila-*
«*tentur: deinceps extrahitur instrumentum.*
«*Quo peracto, statim ab urina lapis cum im-*
«*petu ad sinum syringae ferri solet: qui in-*
«*clusus inter illas cuspides statim extrahitur*
«*per syringam. Si vero accideret quod urinae*

«impetus non ferret lapillum ad sinum: tunc «cum syphone per vim vacui attrahitur».

Dove si vede che non solo il Santorio aveva già inventato la siringa tricuspide duecento anni prima di Civiale, di Leroy, di Gruithuisen, ecc., ma aveva anche indicato di servirsi dell'aspirazione per i vantaggi che potevano trarsene nell'operazione. Passarono, dopo Civiale, parecchi anni, perchè un tale concetto fosse ripreso.

Ho voluto richiamare alla mente degli Italiani questi precedenti storici non per togliere al Civiale il merito che gli spetta, di avere reso pratica — con l'aggiunta della tige con trapano — la litotrisia; ma unicamente per mettere a posto il merito di un Italiano nella invenzione di quella pinza tricuspide che tutti riconoscono come la parte essenziale del litolabe di Civiale, e la prima antenata del moderno litotritore.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Sui rapporti tra le lesioni centrali e periferiche dei nervi cranici.

(E. SACHS. *Amer. Journ. of Med. Sciences*).

Non si può far molta luce in questo campo con gli esperimenti negli animali, onde lo anatomista ha qui il sopravvento sul fisiologo. Tuttavia si è tentato, negli animali, di distruggere porzioni di cervello, e vedere poi se reagiscono a certi stimoli sensoriali.

Di più, Kalischer ha perfezionato il metodo che consiste nel provocare l'associazione di un dato movimento (es. alzare una gamba) con un dato stimolo sensoriale, e, prodotte alcune lesioni, dedurre dalla persistenza o meno del movimento la percezione o meno dello stimolo sensoriale stesso: però si può dubitare che il trauma per sè stesso abbia distrutto l'associazione, od almeno la inibisca per qualche tempo. Un altro metodo consiste nel determinare la presenza o assenza del riflesso salivare quando si produce un intenso stimolo sensoriale: ma anche questo non è esente da obbiezioni.

Nel meccanismo dell'olfatto si fa maggiormente sentire la difficoltà del problema. Ora si ammette generalmente che le vie olfattorie, lasciati i bulbi olfattori alla base dei lobi frontali, passano per la via del fornice al giro uncinato e al piriforme del grande piede d'ippocampo.

Vi è un altro gruppo di fibre, le fibre di Lancisi, meno bene sviluppate, ma di grandezza notevole, che appartengono a queste vie.

Una lesione nel naso porta alla perdita di tutte le forme di odorato, e così pure una lesione nelle vie olfattorie, ammenochè la lesione non sia distruttiva ma irritativa, come può accadere in un processo infiammatorio, o per una compressione del lobo d'ippocampo, chè in tal caso si avvertono sensazioni olfattorie subbiettive. Però queste sensazioni si avrebbero talvolta, secondo certi rinologi, anche per lesioni semplicemente nasali; ma in questi casi non fu mai studiato il cervello.

La perdita dell'olfatto da lesione nasale è di solito completa e bilaterale. Talvolta la perdita completa dell'olfatto si associava a lesione di un solo lobo d'ippocampo, con apparente integrità delle vie periferiche. Le sensazioni olfattorie subbiettive sono da riferire a una lesione corticale.

Non v'è modo di distinguere una lesione dei bulbi olfattori da una lesione del naso, e non si sa riconoscere una lesione del fornice o delle fibre di Lancisi. Non sono state fatte esaurienti ricerche su quella, che per analogia, si potrebbe chiamare anosmia psichica.

Sul gusto non si hanno nozioni più certe: qui anche le vie periferiche offrono difficoltà d'interpretazione, per la loro duplicità: le fibre gustative del V, e quelle del IX paio portano le stesse sensazioni. Circa la loro terminazione intracerebrale vi è molto di incerto: secondo alcuni i centri gustativi sono nel lobo d'ippocampo, presso la convessità dell'emisfero, mentre altri credono che essi si trovano nell'opercolo, presso i centri motori della lingua e delle labbra. In sostanza poco sappiamo, ed altre ricerche sono necessarie.

Fortunatamente sulle vie e sui centri visivi siamo informati meglio. Nel meccanismo della visione entrano anche i muscoli oculari, e bisogna tenerne conto. Si è veduto sperimentalmente che lo stimolo dei quadrigemini anteriori produce uno spasmo dell'accomodazione e una deviazione di ambo gli occhi verso l'opposto lato.

Si può anche avere, secondo il punto stimolato, la convergenza dei due occhi. Lo stimolo del lobo occipitale produce gli stessi effetti, ma non dà risposta se sono distrutti i quadrigemini, mentre il centro frontale produce ancora deviazione coniugata. Clinicamente, mentre una lesione frontale dà non di rado convulsioni, lascia intatta la visione e i riflessi pupillari, una lesione occipitale produce emianopsia, senza disturbi motori, non modifica i riflessi pupillari, e può dare cecità psichica. Una lesione dei quadrigemini anteriori abolisce i riflessi pupillari, dà emianopsia, e

può produrre o no emiparesi secondo la grandezza della lesione. Una lesione del nervo ottico non si accompagna a disturbi di motilità, salvo eventualmente una parziale o completa oftalmoplegia, e può dare cecità di un occhio, o limitazione del campo visivo: se la cecità è completa sono aboliti i pupillari. Però in pratica le cose non vanno così lisce come in questo schema.

Allucinazioni visive parlano per una lesione occipitale, mentre la febbre fa pensare ad un interessamento dei ventricoli consecutivo a lesione dei quadrigemini. Non tutti gli animali e non tutte le razze si prestano egualmente alle ricerche sulle vie ottiche, non avendo tutti visione binoculare.

Secondo alcuni osservatori le lesioni del corpo genicolato disturberebbero la visione maculare più delle lesioni corticali, benchè gli studi recenti di Gordon Holmes e di Lyster sui feriti di guerra sembrano stabilire che la macula è rappresentata nella corteccia dello stesso lato soltanto. Ma non da tutti è ammesso. Se così fosse la funzione del corpo genicolato diverrebbe più misteriosa. Si sa che una lesione di esso produce un'emianopsia bilaterale omonima non distinguibile da quella dovuta a lesioni dei tratti ottici in vari altri punti.

L'interpretazione e il riconoscimento dei colori sembra dipendere oltrechè dalla retina, anche dalla corteccia, come sarebbe attestato dalle allucinazioni visive policrome che talora si hanno come aure di epilessia da lesioni del lobo occipitale.

Nell'ottavo nervo bisogna distinguere la funzione acustica dalla vestibolare. La prima circonvoluzione temporale contiene il centro uditivo; esso sembra diviso in due porzioni, delle quali una controlla i toni e le impressioni di suono, mentre l'altra controlla la parola udita. Quest'ultimo centro è unilaterale, mentre il primo sembra bilaterale.

Unilaterale è pure il centro dello sviluppato senso musicale dei musicisti.

Lesioni corticali provocano impressioni sensoriali soggettive, in primo tempo almeno. A scopo diagnostico è di grande importanza il cosiddetto campo di Wernicke, situato immediatamente sotto il centro uditivo. In esso si trovano giustaposte le fibre che provengono dai centri olfattorio, gustativo e uditivo, quindi una lesione in questa sede può produrre sensazione subbiettiva in rapporto con questi tre centri.

Le funzioni dei corpi genicolati interni e dei quadrigemini posteriori non sono chiare. La migliore opportunità per tale studio si ha nei tumori della ghiandola pineale. Furono vedute connessioni tra il nervo vestibolare e i quadrigemini posteriori. Movimenti associati degli occhi si hanno stimolando i nuclei degli oculomotori, un'area del lobo frontale, i corpi genicolati laterali o i quadrigemini anteriori. Movimenti delle estremità si hanno stimolando i corni anteriori del midollo, la corteccia motrice, e forse anche il cervelletto. Gli stimoli vestibolari sono trasmessi dal nucleo di Deiters al nucleo rosso del cervelletto. alle olive, ai quadrigemini posteriori.

Barany aveva ammesso nei lobi laterali del cervelletto dei centri pei fini moviventi di coordinazione, centri negati da altri, specialmente per le osservazioni di Gordon Holmes sui feriti di guerra.

Le lesioni isolate del nucleo di Deiters, o del nervo vestibolare, non producono mai i violenti movimenti di maneggio ritenuti finora caratteristici, secondo le osservazioni di Bechterew: tali movimenti dipendono eventualmente da lesioni dei peduncoli cerebellari.

Non sono dimostrabili connessioni dirette tra il nucleo di Deiters e i centri dei muscoli oculari. Neanche sappiamo se le fibre nervose provenienti dai vari canali semicircolari mettano capo a vari gruppi di cellule nel nucleo di Deiters, nè se raggiungono il nucleo rosso del cervelletto per vie diverse. Solo si sa che queste vie si trovano in immediata vicinanza dell'acquedotto di Silvio, e sono quindi assai facilmente affette dalle modificazioni di pressione del liquor, ciò che rende ancora più incerte le nostre cognizioni sulle varie parti dell'apparato vestibolare.

DORIA.

Contributo alla conoscenza delle brachialgie.

(HEDENIUS I. *Acta medica Scandinavica*, LIX, 1923, 114).

La brachialgia semplice primitiva è una sindrome di tipo neuralgico. Non è ancora possibile decidere se si tratta di una neuralgia primaria o secondaria, riflessa. In un notevole numero di casi, si trova una uricemia patologica; in altri casi invece si tratta di individui con predisposizione neurotica, eventualmente isterica.

Gli altri fattori chiamati in causa nella letteratura — p. e. infezioni, arteriosclerosi, diabete — ad eccezione forse dell'alcool, non hanno che una parte secondaria. Nelle persone che presentino la sopracitata predisposizione, un eccessivo lavoro delle braccia ha senza dubbio una grande importanza come fattore occasionale.

I sintomi caratteristici per il quadro della brachialgia, sia subbiettivi — il tipo dei dolori — che obbiettivi — alcuni punti dolorosi alla pressione in punti determinati del torace, del cinto scapolare e del braccio — sono più costanti di quel che comunemente si creda. Naturalmente questi punti non sono sempre tutti presenti; ma alcuni di essi sono sempre dimostrabili e localizzati in modo così preciso che è possibile una diagnosi differenziale con le semplici mialgie e con le affezioni articolari. L'omartrite, che presenta presso a poco lo stesso tipo di dolore e gli stessi punti dolorosi alla pressione (fenomeni nevralgici irradiati?), si distingue dalle brachialgie non complicate per l'esistenza di una limitazione dei movimenti dell'articolazione della spalla. Del resto, la omartrite si può presentare come complicazione di una brachialgia, quando il braccio sia tenuto a lungo ed ininterrottamente in posizione di riposo. In diretto rapporto con le brachialgie o contemporaneamente ad esse si possono avere anche affezioni delle articolazioni metacarpo-falangee e delle articolazioni interfalangee; affezioni che hanno la tendenza a trasformarsi in una forma di gotta articolare multipla o di poliartrite cronica primaria. Quanto al trattamento, è da tener anzitutto presente che esso non deve essere troppo attivo (evitare il massaggio, o in ogni modo praticarlo con molta delicatezza). La terapia da adottare, secondo l'autore, consiste essenzialmente nel riposo, interrotto da movimenti metodici delle articolazioni, nel caldo, nella dieta adatta (per i casi di natura uricemica), e nell'uso degli antinevralgici. Nell'uso dei narcotici occorre osservare grande prudenza.

La prognosi, nei casi non complicati da affezioni articolari e quando non si tratti di individui spiccatamente neuropatici, si può ritenere in generale buona.

E. SERENI.

Sindrome della cauda equina per tubercolosi del sacro.

(BARRÉ e SCHRAFF. *Revue de médecine*).

La lunga descrizione che del caso osservato, gli AA. fanno, può schematicamente essere così riassunta.

Un uomo di 53 anni, abitualmente di buona salute, presenta ad intervalli passeggeri ma ostinatamente recidivanti, dei dolori nella sfera degli sciatici; il dolore è il sintoma che domina in tutta la malattia, sorge nella regione glutea destra, discende lungo la coscia, lungo la faccia esterna della gamba e si ferma nella metà esterna del dorso del piede; con le stesse modalità invade l'arto sinistro.

Si sviluppa una ipoestesia a destra, a sinistra una anestesia quasi completa. La sensibilità profonda rimane quasi intatta. Ben presto le masse muscolari di tali territori si atrofizzano con R. D. Si notano scosse fibrillari nei muscoli in via di atrofia. I rotulei non si modificano, rapidamente vengono presi gli achillei, i peronei femorali posteriori. Normali sono i cutanei plantari; presto si hanno anche disturbi degli sfinteri, con minzione difficile, ritardata, anestesia dell'uretra profonda, costipazione, abolizione del riflesso bulbo cavernoso, anale ed elevatore dell'ano.

Come sindrome di irritazione simpatica si trova: ipotermia sul territorio delle radici sacrali e delle radici lombari; sudorazione marcata sullo stesso territorio, dopo le forti crisi dolorose sacrali; crisi visceralgiche con iperalgie della parete addominale inferiore.

Sindrome meningea: lieve Kernig; dissociazione albumino citologica del liquido cefalo rachidiano.

Sindrome ossea: dolori vivi alla pressione su alcuni punti ossei, assai tipici; zona sacrale vicino all'articolazione sacro iliaca (la sinistra più sensibile ancora della destra), zona coccigea. Alla radiografia: decalcificazione del sacro in qualche punto, in parte della V lombare, la metà superiore delle articolazioni sacro iliache.

È interessante, la sovrapposizione, la giustaposizione topografica di queste differenti sindromi radicolo-ossee. Forse vi è in questa concordanza topografica un carattere clinico importante, in rapporto con la natura lentamente estensiva del processo osseo tubercolare e la reazione delle vicinanze. I disturbi della quinta radice lombare traducono la lesione lombosacrale; la sede della lesione ossea, l'integrità delle prime lombari, i dolori, il tipo dei disturbi obbiettivi della sensibilità e la loro topografia, l'abolizione del riflesso anale, l'assenza della manovra della gamba positiva, ecc. facevano facilmente eliminare una ipotesi di lesione del cono o dell'epicono.

Un fatto, fra gli altri merita rilievo: è classico dire che nelle lesioni della coda equina, si osserva ordinariamente una paraplegia dolorosa estesa ad un numero di muscoli più o meno grande. Ora nel malato in questione i cui muscoli della loggia posteriore delle coscie, e più tardi delle gambe erano atrofizzati, atonici, animati da contrazioni fibrillari e colpiti da reazione degenerativa, si può dire che la forza non era quasi diminuita, tutti i movimenti erano possibili, e la manovra della gam-

ba restò sempre negativa. Non vi era alcuna paralisi simile a quelle che possono dare le alterazioni piramidali o le lesioni profonde del neurone motore periferico. La debolezza di cui si lamentava il malato, non era una paralisi, nè una paresi, ma era probabilmente in rapporto e con i dolori esacerbantesi ad ogni movimento, e con l'astenia generale ed infine con lo stato anatomico dell'apparato neuro-muscolare che non poteva permettere una lunga resistenza alla fatica.

MONTELEONE.

Le lesioni della cauda equina e del cono terminale.

(DAVID-HAVERLAND. *Journal Sciences Médicales*).

I rapporti tra colonna vertebrale e midollo spinale variano secondo le età perchè lo sviluppo del canale osseo è più rapido di quello del midollo. Da ciò un'apparente ascensione di quest'ultimo ed una certa variabilità della topografia segmentaria. Al momento della nascita il midollo raggiunge la quarta lombare, ma questo rapporto si altera progressivamente fino a che nell'adulto la estremità midollare si trova a livello del disco separante la seconda dalla terza lombare. Questa situazione costringe le ultime radici lombari e tutte le sacrali a prendere una direzione molto obliqua in basso, ed a percorrere per lungo tratto il canale rachideo prima di raggiungere i loro rispettivi fori di coniugazione. In conseguenza nella parte inferiore del canale vertebrale trovasi un gran fascio di nervi disposti a ventaglio allungato, che ricorda l'aspetto di una coda di cavallo, donde il nome di *cauda equina.* Questo fascio avvolge parti interessantissime del midollo, quali il midollo sacrale ed il cono terminale.

Si è convenuto di dare il nome di *midollo sacrale,* o anche *epicono,* alla porzione situata dietro la 1ª vertebra lombare, e costituita dal 1° e 2° mielotomo sacrale e dal 5° lombare. L'epicono ha sotto il suo dominio lo sciatico.

Il *cono terminale* è la parte estrema del midollo, corrisponde alla 2ª vertebra lombare, è costituito dal 3°, 4° e 5° mielotomo sacrale e dal coccigeo. Il cono terminale ha sotto la sua dipendenza gli sfinteri genitali, vescicali ed anali.

Il *filum terminale* che è la continuazione del cono e rappresenta il midollo coccigeo o caudale non ha alcun valore funzionale.

La coda equina è lunga circa trenta centimetri ed è bagnata quasi completamente dal liquido cefalo-rachidiano.

Dal punto di vista clinico essa si può distinguere in tre sezioni, le cui lesioni danno luogo rispettivamente a tre sindromi diverse: 1° La coda equina *superiore* formata dal gruppo di radici provenienti da tutti i segmenti del midollo lombare e sacrale: la sindrome corrispondente si sovrappone a quella midollare; 2° la coda equina *media* costituita dalle radici provenienti dal 5° segmento lombare e dai segmenti sacrali: la sindrome corrispondente è sensibilmente eguale a quella dell'epicono; 3° la coda equina *inferiore* formata dalle radici provenienti dal 3°, 4° e 5° segmento sacrale; la sindrome corrispondente è analoga a quella del cono terminale.

La tavola seguente riassume chiaramente queste analogie sintomatologiche:

PORZIONE TERMINALE DEL MIDOLLO.

Midollo lombare.	1°, 2°, 3° e 4° segmento lombare.	Abolizione del R. rotuleo. Disturbi nella sfera del crurale ecc.	*Rapporto topografico con* la 12ª vertebra dorsale ed al disopra.
Epicono	5° segmento lombare. 1° e 2° segmento sacrale.	Abolizione del R. achilleo. Sensibiltà dolorosa degli sciatici ecc.	— con la 1ª vertebra lombare.
Cono	3°, 4° e 5° segmento sacrale e del segmento coccigeo.	Disturbi delle funzioni genito-ano-vescicali.	— con la 2ª vertebra lombare.

CAUDA EQUINA.

Superiore	Radici dei segmenti lombari e sacrali.	Abolizione dei dei R. rotuleo ed achilleo.	*Rapporto topografico con* la 1ª, 2ª, 3ª e 4ª vert. lombare.
Media	Radici del 5° segmen. lombare e dei segmenti sacrali.	Conservazione del R. rotuleo. Abolizione del R. achilleo.	— con la 5ª vertebra lombare 1ª, 2ª e 3ª sacrale.
Inferiore	Radici del 4° e 5° segmento sacrale e del segmento coccigeo.	Disturbi sfinterici, senza disturbi della reflettività tendinea.	- con la 4ª e 5ª vert. sacrale ed il coccigeo

Per ben fissare nella memoria la distribuzione sensitivo-motrice dei tre segmenti inferiori del midollo Grasset consigliava il seguente procedimento: Immaginare il soggetto poggiato sulle mani e sui piedi, ossia con gli arti inferiori nella loro posizione primitiva piegati ad angolo retto rispetto al tronco e con la faccia interna e l'alluce in avanti: allora i tre segmenti del midollo son posti l'uno avanti dell'altro (il *cono* indietro, *l'epicono* o

midollo sacrale in mezzo, ed il *m. lombare* in avanti) e danno così un'idea più rispondente della distribuzione della loro innervazione: il *cono* innerva il segmento caudale, l'*epicono* la parte postero-esterna degli arti inferiori ed il *m. lombare* quella antero-interna.

Come si è già accennato le lesioni dell'epicono e del cono danno una sintomatologia analoga a quella delle lesioni della cauda equina rispettivamente media ed inferiore: disturbi motori più o meno accentuati, disturbi sfinterici tenaci, anestesia a sella molto caratteristica, abolizione del riflesso achilleo con conservazione di quello rotuleo.

Questa dissociazione dei riflessi è il miglior segno per localizzare il piano nervoso interessato. Al riguardo si ricorda la sede dei riflessi midollari:

Addominale inferiore=10°, 11° e 12° segmento dorsale;

Cremasterico=1° e 2° segmento lombare;

Rotuleo=2°, 3° e 4° segmento lombare;

Achilleo=5° segmento lombare e 1° e 2° sacrale.

Plantare=5° segmento lombare e 1° e 2° sacrale.

La diagnosi differenziale tra le lesioni midollari (cono ed epicono) e quelle della cauda equina (inferiore e media) e dal punto di vista sintomatologico puramente nervoso molto difficile. Può aiutare la sede della lesione iniziale, ma quando si tratta di processi intrarachidei (ematomielite, neoplasmi, pachimeningiti, etc.) anche questo elemento può mancare. Nei casi invece di lesioni traumatiche, o di lesioni ossee la loro sede, rilevabile con l'ispezione, la palpazione e con l'esame radiologico, la diagnosi differenziale è facile.

La diagnosi naturalmente ha una importanza capitale per le indicazioni terapeutiche e per la prognosi.

Le lesioni traumatiche della cauda equina hanno una spiccata tendenza al miglioramento. I disturbi funzionali si attenuano con molta rapidità. Dapprima si ha il ritorno della motilità: l'infermo può levarsi, camminare senza zoppicare; poi si attenuano i dolori, il territorio di anestesia si limita (parte posterointerna delle regioni glutee e regione scrotoperineale); infine si hanno modificazioni favorevoli dei disturbi sfinterici, quantunque più tardive e più lente: i disturbi vescicali sono quelli che durano più a lungo. L'amiotrofia migliora ma non scompare del tutto. Questa tendenza alla retrocessione dei sintomi dipende dall'attiva rigenerazione delle radici rachidee. Mentre nelle affezioni dell'epicono e del cono ogni processo riparativo è impossibile.

D'altra parte fanno propendere per una lesione dell'epicono e del cono i seguenti caratteri: maggiore simmetria dei disturbi sensitivi, l'assenza di fenomeni dolorosi, la dissociazione siringomielica dell'anestesia, le contrazioni fibrillari dei muscoli paralizzati.

Di tutti i fatti sopraccennati quelli più importanti per la diagnosi differenziale tra le sindromi dell'epicono e del cono e quelle della cauda equina sono la dissociazione siringomielica e le crisi dolorose: la prima è caratteristica delle lesioni midollari, le seconde delle lesioni radicolari.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI

PICCININI P. *Idrologia e crenoterapia.* — Manuali Hoepli, pag. 608. Milano, 1924. — Prezzo L. 22.50.

L'avere aggiunto alla striminzita letteratura termale italiana un moderno manuale di idrologia e crenoterapia è già di per sè opera lodevole e meritoria: ma l'aver ciò fatto con criteri saggi porta a rallegrarsi con il professore Piccinini.

Per poco che si sia addentro negli studi e nelle organizzazioni termali del nostro Paese, si misurano subito le enormi difficoltà, che si presentano a chi voglia scrivere sulle cure termali italiane: la grande ricchezza e varietà di sorgenti termali, che scaturiscono dal nostro suolo vulcanico, onde un numero eccessivo di località aspiranti al titolo di stazioni di cura; la superficialità o l'assenza di studi scientifici e clinici sulla massima parte di queste acque, le cui proprietà e virtù sono affermate solo con campanilistica baldanzosa sicumera, spesso impossibili a controllare e sfrondare; la insormontabile passiva resistenza di molte direzioni sanitarie o amministrative a fornire dati e notizie; l'inestricabile intreccio, in tal guisa, di vero e di falso, di buono e di cattivo, di conosciuto e di inconoscibile; insomma un siffatto stato di cose, da scoraggiare il più animoso ricercatore.

Per ciò noi dobbiamo preliminarmente apprezzare la fatica del prof. Piccinini.

Ma l'A. ci ha dato anche un libro ben fatto: egli, da buon conoscitore di cure e di luoghi, ha esposto la materia con chiarezza, con precisione, con ordine, con opportuna gerarchia di tutti i valori. Ha sfrondato l'inutile, ha svecchiato la trattazione di tutti quegli antichi dati, che tramandavansi da generazioni, come un inutile peso morto, da un libro all'altro di questo genere; ha messo infine l'opera in condizioni di riuscire utile ed aggiornata anche

nella mutevole materia degli uomini e delle istituzioni.

E tutto ciò in una mole modesta, scritta con intenti di volgarizzazione.

Le successive edizioni, che noi auguriamo al volume, porteranno a quegli altri piccoli miglioramenti, che l'A. avrà certo intravisti come utili ed attesi.

G. SABATINI.

SORDELLO ATTILJ. *La radioterapia della tubercolori.* In deposito presso i Fratelli Bocca, Roma. L. 30.

Questo lavoro sintetico sulla radioterapia della tubercolosi contiene, oltre alle nozioni più importanti chiaramente esposte sulla radioterapia in generale e in particolare sulla tubercolosi, il risultato di una larghissima esperienza, veramente vissuta, nella scuola del Ghilarducci, che in Italia è stato l'apostolo e il veggente in fatto di radioterapia.

L'A., che è discepolo e compagno di lavoro del maestro, ci offre l'esperienza di 459 casi bene studiati, a lungo seguìti; con serena ed onesta coscienza riporta i risultati e l'interpretazione di essi. Lo studio non è una esposizione pratica di pratici risultati ma una esperienza clinica illuminata e modificata secondo i progressi del tempo, uno studio completato con le conoscenze di fisiopatologia e biologiche dei raggi X. E sull'argomento l'A. trova spianato il campo per la notevole parte avuta dalla scuola romana creata dal Ghilarducci, specie per l'azione dei raggi secondari e per la ionoforesi.

La tubercolosi è considerata nelle sue varie localizzazioni e manifestazioni, il contributo casistico è notevole nelle forme più comuni.

Le conclusioni alle quali l'A. giunge con imparzialità veramente lodevole sfollano il campo dalle esagerazioni e mostrano al pratico quanto egli potrà attendere da questo moderno presidio terapeutico. Note di tecnica precise per la dose, per la qualità di raggi troveranno gli specialisti, che hanno bisogno di fidare su una esperienza larga e sapiente.

T. PONTANO.

E. POHLE e HANS JARRE. *Methodik der Roentgentiefentherapie.* Dresda e Lipsia, Th. Steinkopff, ed. L. 10.40, pag. 53.

Il volumetto di P. e J. forma il 4° volume delle monografie di radioterapia iniziate dai due volumi di Dessauer che con una sua prefazione spiega le ragioni del libro, ragioni che consistono essenzialmente nel dare la possibilità al radiologo di lasciare qualunque empirismo e di lavorare con solide basi fisiche su quei casi di tumori che possono presentarsi nella sua pratica professionale.

Il volumetto è destinato perciò agli specialisti in materia che troveranno largamente trattata la tecnica per il trattamento del cancro mammario, rettale, uterino e le ragioni fisiche che costituiscono il fondamento primo per la tecnica da usare.

MILANI E.

CECIL P. G. WAKELEY: *La cura dell'actinomicosi coi raggi X; resoconto di 9 casi.* Arch. of Radiol and Electr., n. 5, ottobre 1923.

L'applicazione dei raggi X o del radium nella cura dell'actinomicosi sia esterna che interna (cieco-appendice, polmoni) può dare utili in genere e spesso notevoli risultati. I nove casi riportati dall'A. riguardano: due casi di achinomicosi del polmone (con esito fatale), 4 casi di actinomicosi della faccia con alterazione del mascellare; 1 caso di actinomicosi del lato destro del collo; 2 casi di actinomicosi intestinale (cieco-appendice).

La cura coi raggi X o col radio va tuttavia eseguita come trattamento aggiunto alla cura iodica: in tal caso essa è utilissima specialmente per la riduzione degli induramenti e per la cicatrizzazione dei seni fistolosi.

Salvo uno dei casi tutti gli altri sono stati sottoposti ad una cura mista: iodio-raggi: ma è interessante notare che in un caso di actinomicosi dell'appendice diagnosticata dopo la operazione su esami istologici dell'appendice estirpata, la cura dei raggi sembra sia stata favorevole nel senso che è stata evitata una recidiva.

MILANJ E.

G. KOWARSCHIK. *Diatermia.* 1 vol. in-8°, di p. 192, con 89 fig. — Città di Castello, Soc. Tipografica « Leonardo da Vinci », 1923. — L. 25.

È venuta in buon momento la traduzione italiana della III edizione tedesca di questo importante manuale, traduzione accuratamente eseguita dall'ing. Guido Vidoli e dott. Luigi Chiozzi.

Il volume prova le profonde conoscenze della materia e la lunga esperienza del K., qualità che si rendono manifeste per la chiarezza nella esposizione dei singoli capitoli e dei casi clinici con le relative indicazioni terapeutiche.

Ai cultori e studiosi dell'elettroterapia è di grande utilità la ricchezza di indicazioni bibliografiche divise per capitoli secondo le malattie.

Gli AA. italiani hanno compiuto una ottima traduzione e l'editore ha eseguito il volume in buona veste tipografica.

C. B.

LUIGI ARNONE. *Raggi ultravioletti: proprietà, terapia.* Firenze. Giannini, ed. 1923, pag. 92, in 16°. L. 5.

Il piccolo libro in nitida veste tipografica volgarizza in poche pagine tutto quello che riguarda la produzione dei raggi ultravioletti, le loro proprietà fisiche, chimiche e biologiche, le loro applicazioni terapeutiche, i metodi per le misure e il dosaggio. Non è senza dubbio un libro a cui possa ricorrere lo specialista ma è un libricino che può esser letto con piacere dal medico pratico. L'A. espone il tipo di lampada per raggi ultravioletti da lui ideato e correda il lavoro con numerosi documenti.

MILANI E.

R. ROMANELLI. *Fotomicrografia*, p. 123, 42 illustraz. Biblioteca del Corriere Fotografico, Milano, L. 5.

Il volumetto del R. può essere consultato con utilità da coloro che si interessano di microfotografia: due capitoli sono destinati a passare in rassegna il materiale necessario fotografico e il materiale ottico; un capitolo al modo come si fanno le preparazioni istologiche o batteriche; l'ultimo capitolo infine è destinato alla tecnica fotomicrografica con una appendice per gli ingrandimenti fotografici e per le positive da proiezione. Numerose figure permettono al medico, che si interessa dell'argomento, di avere a colpo d'occhio il concetto di come vanno disposte le ricerche.

MILANI E.

L. M. PIERRE. *Luxeuil-les-Bains et ses environs.* 1 op. in-8° di pag. 144, con carte, piante, disegni. « L'Expansion Scientifique Française ». Parigi, 1924. Prezzo fr. 6.

L'A. si è proposto di far meglio conoscere la grande stazione ginecologica francese, non solo documentando la grande efficacia delle sue acque, ma anche evocando il suo magnifico passato storico, e indicando sommariamente le gite ed escursioni di cui essa è il centro naturale. L'opuscolo s'indirizza dunque ad un tempo ai medici ed alle malate, ai turisti ed agli archeologi.

B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta dell'8 febbraio 1924.

Presidenza: Prof. DUCCESCHI.

Che cosa è l'Insulina.

GANASSINI D. — L'O. ricorda come in una seduta precedente abbia comunicato, in collaborazione col dott. GERBINO, di aver messo in evidenza la presenza di notevoli quantità di fosforo organico nell'insulina, che essi ritennero probabile entrasse a far parte della sua costituzione. Ora continuando gli studi nell'Istituto Biochimico Italiano di Milano sull'argomento della natura chimica di questa sostanza l'O. riferisce sui nuovi risultati ottenuti.

Dimostra che l'insulina purissima sarebbe un fosfatide; però le insuline meno pure, costituite da semplici estratti idroalcoolici contengono anche delle notevoli quantità di colina libera o di composti del gruppo della colina che posseggono pure debole azione insulinica. Le esperienze fatte conducono l'O. a concludere che l'insulina Collip, che è quella più pura usata a scopo clinico, appartiene al gruppo delle jecorine, con cui ha in comune il metodo di preparazione e le proprietà fisico-chimiche.

L'O. si riserva di comunicare quanto prima sull'argomento i risultati di altre esperienze che ha in corso per risolvere importanti questioni.

Discussione:

Prof. PATTA. — Riferisce di avere constatata la presenza di fosforo in quantità notevole in una insulina, preparata con metodo in molti punti diverso da quelli fin qui descritti, e dimostratasi attivissima. Invece in altra insulina, riconosciuta di scarsissima attività, il fosforo mancava. Queste osservazioni sembrerebbero confermare i reperti esposti dal Ganassini.

Prof. V. DUCCESCHI. — Desidererebbe sapere, dal prof. Ganassini se crede che, oltre alla insulina fosforata che egli descrive, possano esservi sostanze ad attività analoga, ma prive di fosforo, secondo quanto avrebbero trovato Doisy, Somogg e Schäffer.

Prof. GANASSINI. — Non può escludere la possibilità che oltre ad una insulina fosforata possano esservi anche delle altre sostanze con attività insulinica non fosforate, che contengano cioè invece del fosforo lo zolfo.

Un caso di retto-colite amebica: diagnosi e cura.

GREPPI E. — L'O. riferisce un caso studiato nella Clinica Medica durante l'autunno 1923: la diagnosi fu resa possibile per la comparsa nelle feci del parassita dopo una iniezione di Emetina: la cura specifica risultò rapida ed efficace in primo tempo, ma non impedì una recidiva. L'O. riassume i risultati delle ricerche, compiute soprattutto in Italia, le quali in buona parte modifi-

cano le cognizioni ed i criteri pratici intorno alla epidemiologia, diagnosi e cura della malattia.

Discussione:

Prof. SPOLVERINI. — Crede opportuno richiamare l'attenzione sul fatto che la diffusione dell'amebiasi in Italia deve in gran parte la sua origine al notevole numero d'individui portatori dell'ameba, in ispecie dopo la grande guerra Europea; piuttosto che ad alcuni animali domestici (gatto) che ospitano pure lo stesso parassita.

La diagnosi ex-juvantibus dell'amebiasi. (Considerazioni sopra un caso di epatite amebica).

C. SEMENZA. — L'O., accennato al valore oramai universalmente riconosciuto dell'emetina come rimedio specifico contro l'infezione amebica, riferisce un caso a diagnosi incerta per la negatività dei reperti morfologici, con epatite e versamento pleurico destro, in cui l'effetto della cura emetinica fu così netto e squisito da imporre la diagnosi di amebiasi a sede epatica.

Contributo allo studio della pressione endopleurica nel pneumotorace artificiale: due casi di comportamento paradosso della pressione endopleurica.

A. PERIN e L. DAGNA. — Gli OO. riportano due casi — uno un piopneumotorace parziale sinistro, l'altro un piopn. parziale destro — nei quali comparve ad una distanza di tempo rispettivamente di 27 e di 20 mesi dall'inizio della cura un particolare comportamento della pressione endopleurica: durante i rifornimenti, in entrambi i casi se il pn. è deteso si nota un comportamento normale in ed espiratorio dei valori manometrici, ma se si raggiungono valori intorno a + 10 si assiste ad una fugace diminuzione nella prima fase della inspirazione subito seguita da netto aumento, mentre nell'espirazione avviene una diminuzione. Nel pn. destro tale fatto rimane invariato fino alla fine del rifornimento, mentre nel pn. sinistro sorpassato il valore di + 10 scompare l'abbassamento fugace inspiratorio per rimanere solo l'aumento.

Gli OO. in base ai reperti radioscopici dànno la spiegazione del fenomeno.

F. RICCI.

Commenti.

Sul controllo delle nascite.

Riceviamo dal prof. Ettore Levi, commissario governativo dell'Istituto italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale:

Il favore che ha sempre incontrato l'attività del nostro Istituto presso codesto Spett. Periodico, mi incoraggia a pregare la S. V. di voler fare inserire in un prossimo numero del «Policlinico» una breve rettifica al resoconto della riunione della Società Romana per lo Studio delle Questioni Sessuali, che ebbe luogo il 19 gennaio scorso, e nella quale io esposi una relazione sul tema «Natalità ed Eugenica».

Io gradirei che dal resoconto in questione emergesse chiaramente (il che non appare), anzitutto la rigorosa obbiettività, che ha dominato dal principio alla fine la mia esposizione, la quale non è stata affatto una difesa del movimento per il «controllo delle nascite», esistente all'estero, e molto meno un tentativo di propaganda a favore del movimento medesimo, tanto è vero che all'esposizione degli argomenti a favore io contrapposi quella, non meno ampia ed esauriente, degli argomenti contrari al controllo.

In secondo luogo desidererei che non fosse passato sotto silenzio che il movimento d'oltre Alpe a favore del controllo è diretto e favorito principalmente da medici e da scienziati, alcuni dei quali sono tra i più eminenti del mondo, ragione questa principalissima, per cui io credetti opportuno di portare l'argomento a conoscenza degli ambienti scientifici nostri, finora del tutto ignari della questione o del tutto estranei alle finalità del movimento medesimo, che sono essenzialmente eugeniche.

La stessa bibliografia da me presentata all'uditorio, e che è stata riportata nell'ampio resoconto della mia relazione, pubblicato nel n. 2 corr. a. di «Difesa Sociale», è costituita in grande prevalenza da pubblicazioni scritte da medici, benchè non manchino in essa anche opere di scrittori e di scrittrici, che esercitano una cospicua attività in altri campi.

Se al resoconto della mia relazione si fosse fatto seguire anche un riassunto della discussione che fu tenuta nella seduta del 28 gennaio sarebbero apparse chiare anche le ragioni, per le quali fu da me scelto, per consiglio del Presidente della Società Romana, on. prof. Baglioni, il titolo «Natalità ed Eugenica», titolo che di per sè dimostra il concetto informatore della relazione stessa, che fu di far sì che la trattazione della questione rimanesse circoscritta in un ambiente rigorosamente scientifico.

Dalla discussione stessa emerge infine in modo chiaro come io, lungi dal dissentire, mi sono trovato pienamente d'accordo con gli altri oratori, specie con l'illustre sen. Pestalozza, nel sostenere che i medici debbono occuparsi della questione del controllo delle nascite, e che al medico solo, e non ad altri, debba spettare di decidere, se ed in quali casi e con quali mezzi, sia da adottarsi il controllo o limitazione delle nascite.

Io non dubito, ch.mo sig. Direttore, che Ella si sia reso pienamente conto della delicatezza e complessità della questione trattata in seno alla nostra Società Romana per lo Studio delle Questioni Sessuali, onde confido che Ella vorrà usarmi la cortesia di pubblicare la richiesta rettifica, senza la quale il pubblico medico potrebbe essere indotto in errore circa le finalità essenzialmente scientifiche, cui fu improntata la mia relazione.

Accolga, sig. Direttore, l'espressione della mia più alta considerazione.

Prof. ETTORE LEVI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

I dolori intermittenti precordiali.

Costituiscono un sintoma assai comune, per cui gli ammalati di ogni età ricorrono al medico; talvolta di significato banale, altre volte sono invece prodromo di una malattia anche mortale. Secondo Hunt (*Practitioner*, novembre 1923) l'eziologia di tali dolori può essere riferita alle pareti toraciche, al sistema cardiovascolare, al mediastino o polmone, ad affezioni sottodiaframmatiche.

Pareti toraciche. — Può trattarsi: *a*) dei muscoli intercostali (in seguito ad influenza, assorbimento settico da dente cariato); dolore continuo od intermittente, con sensibilità alla pressione profonda dei muscoli più che a quella delle coste; scompaiono con il massaggio ed i salicilati; *b*) dei nervi intercostali (compressione delle radici); dolore a cintura e segni di malattia del midollo; *c*) delle ossa; il dolore è continuo; *d*) della pleura (aderenze); dolore che si esagera con inspirazione profonda, zona di ottusità, malattia pleurale antecedente.

Sistema cardio-vascolare. — Il dolore può avere origine organica o funzionale. Nel primo caso, si osserva specialmente nei bambini con malattie organiche del cuore (lesione valvolare, aneurisma), con dolore sordo al lato sinistro e non dietro lo sterno; oppure si può trattare di *angina pectoris;* si ha in tal caso un dolore che si inizia dietro lo sterno, si irradia verso il lato sinistro, di intensità variabile, a parossismi, spesso causato da aumento di pressione sistolica, accompagnato da una sensazione di angoscia; la diagnosi ne è sempre delicata e si deve evitare di suggestionare il malato durante l'interrogatorio.

Nei dolori di origine funzionale non si trovano segni di malattia organica del cuore o di altro viscere. Può trattarsi di dolori precordiali alla punta del cuore od al cavo ascellare, che si esagerano con lo sforzo o compaiono la notte e si accompagnano a palpitazioni ed iperestesia. I sintomi possono essere dovuti ad instabilità vaso-motrice (segni di vaso-costrizione e dilatazione con vertigini e svenimenti) oppure si hanno sintomi dispneici in seguito a sforzo, ad emozioni, spesso associati a bolo e ad altri sintomi pitiatici; frequenti nella donna che allatta, nella gravida, nel rene mobile, nell'anemia, nei soldati durante la guerra.

Mediastino e polmone (tumore, mediastinite cronica). — Per la diagnosi si utilizzano i raggi X.

Affezioni sotto diaframmatiche. — I dolori sono dovuti il più spesso a dispepsia flatulenta, hanno talvolta estensione addominale, si accompagnano a palpitazioni, ad eruttazioni, che li fanno diminuire o sparire. Talvolta possono simulare una vera crisi di angina; si deve ricordare, che in questa il dolore è soprattutto retrosternale; nella dispepsia l'irradiazione non si fa al braccio, le palpitazioni sono più frequenti e si ha una sensazione di distensione, mentre nell'angina si ha di costrizione.

Il dolore precordiale nell'uomo maturo deve far consigliare una diminuzione del lavoro intellettuale e fisico; nel giovane la soppressione di sports violenti; nello scolaro, bisogna stare attenti a dare delle limitazioni per il timore che si sviluppi una neurastenia cardiaca.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

Per la diagnosi del diabete insipido.

J. Lhermitte (*Presse médicale*, 15 settembre 1923) dimostra che se la diagnosi della sindrome idrurica del diabete insipido è relativamente agevole, si deve evitare con cura la confusione che ne è stata fatta con le poliurie non più primitive, quali quelle brightiche, isteriche, epilettiche, dipsomaniache. D'altra parte il diabete idrurico non può più essere oggi considerato come un'entità morbosa legittima, ed in presenza di una poliuria essenziale vera, è importante identificarla e riconoscerne le cause organiche.

Se il traumatismo non figura negli antecedenti del malato, vi sono due altri fattori da ricercare, cioè le neoplasie cerebrali e le meningo-encefaliti basilari. Le neoplasie del ventricolo medio dànno la sindrome di Claude e Lhermitte, di cui gli elementi essenziali sono l'emianopsia bitemporale, la disartria, la tachicardia, la polidipsia, la poliuria, gli attacchi di narcolessia, la stasi papillare. I processi infiammatorî meningo-encefalitici possono consistere in una meningo-encefalite sifilitica, in un processo di meningite basilare tubercolare o di encefalite suppurata; in tali casi il laboratorio può essere di grande aiuto per la diagnosi.

fil.

Forme atipiche della gotta acuta

La nota crisi gottosa del pollice del piede si accompagna ad edema locale bianco ed a distensione venosa; la predominanza di uno di tali sintomi può dar luogo a quadri clinici diversi. Si ha così la forma *pseudoflemmonosa*, che per la tumefazione calda e rossa dell'articolazione simula un'artrite suppurata od un vero flemmone, tanto più che la palpazione può dare l'impressione di fluttuazione. Il colchico fa sparire rapidamente i fenomeni. La forma *flebitica* si caratterizza per una distensione dei vasi venosi, che può risalire alla gamba ed anche alla coscia; può esservi una vera flebite, sicchè non è difficile l'errore di attribuire a questa l'edema concomitante.

Piuttosto frequente è la forma *idrartodiale*, che rimane talora la sola manifestazione; è colpita spesso l'articolazione del ginocchio, con una tumefazione non dolorosa, che può ostacolare i movimenti e durare dei mesi. La forma di *artrite acuta delle grandi articolazioni* simula spesso un pseudoreumatismo infettivo a forma piemica (*Morgagni*, 15 settembre 1923); talora poi l'articolazione colpita (per lo più il ginocchio) può dopo qualche giorno prendere l'aspetto di una localizzazione tubercolare.

Di fronte a tali forme anormali, poca luce può venire dalle ricerche radiologiche, ematologiche, ecc. L'intensità ed il rapido sviluppo dei fenomeni, l'assenza di ogni causa infettiva apparente, il predominare dei fatti edematosi, la frequente compartecipazione del sistema venoso, lo stato generale buono, in contrasto con l'intensità dei fatti locali, forniranno un criterio diagnostico, confermato dalla terapia, per i buoni risultati che si ottengono con il colchico.

fil.

La cura dello scorbuto infantile.

Il succo di limone viene ordinato ad alte dosi, da 4 a 10 cucchiaini al giorno, mescolato con zucchero in polvere. Man mano il bambino va migliorando si diminuisce la dose. Il succo di arancio e quello di frutta avrebbero lo stesso effetto. Se il bambino ha meno di otto mesi è consigliabile il latte di vacca fresco e, se è possibile una balia. Dopo gli otto mesi, si daranno minestre al brodo di legumi o di pollo, passate di patate, di carote, spinaci, carne di montone ridotta in polpa, latte fresco. Tre volte al giorno si spennelleranno le gengive sanguinanti con succo di limone, negli intervalli si faranno lavaggi con acqua ossigenata diluita (un cucchiaio in un bicchiere da marsala di acqua).

Le fratture spontanee verranno ridotte e mantenute con una stecca per una o due settimane. Si consiglierà la vita all'aria libera. Nobécourt e Maillet (*Journal des praticiens*, 8 settembre 1923) prescrivono i ferruginosi: Sciroppo di joduro di ferro, un cucchiaino ogni sei mesi di età, oppure la soluzione di tartrato ferrico-potassico a 1/5; X gocce per ogni sei mesi di età. Tre volte al giorno si darà, nel latte una cartina di: Protossalato di ferro cg. 1; Fosfato di calce, Carbonato di calcio ana cg. 5.

fil.

Le alte dosi di salicilato nel reumatismo poliarticolare acuto.

D. Danielopulo (*Presse médicale*, 15 dicembre 1923) osserva che quando si può trattare il reumatismo articolare acuto con dosi elevate di salicilato, il cuore rimane indenne, mentre viene preso dal processo allorchè tale cura intensiva non è fatta.

Il salicilato di sodio è la sola sostanza che si debba usare in tale malattia. Gli inconvenienti che si lamentano per il suo uso sono dovuti ad uno stato di acidosi e sono facilmente prevenuti da una alcalinizzazione dell'organismo, associandovi la dose doppia di bicarbonato di sodio. Le dosi di salicilato consigliate dall'A. sono di 18 g. al giorno nelle forme medie e di 25-30 in quelle intense; nei bambini si devono prescrivere per kg. di peso, dosi più elevate che nell'adulto. Il paziente deve introdurre ogni 2 ore di giorno ed ogni 4 di notte il salicilato che deve essere dato precocemente, progressivamente ed a lungo, regolandosi secondo la febbre, lo stato del cuore ed i fenomeni articolari.

Il regime alimentare deve comprendere i farinacei e zuccherini; si deve tenere il malato in riposo più a lungo possibile ed avere riguardo allo stato intestinale. Il trattamento salicilico va continuato anche se avvengono complicazioni cardiache; vi si associerà la chinina o la chinidina.

fil.

Il boldo ed il combretum nella terapia.

Il Boldo è usato allo scopo di eccitare la funzione biliare, ed ha la caratteristica di agire senza violenza, ciò che permette il suo impiego anche in affezioni dolorose come le coliche epatiche.

L'infuso è di un sapore disgustoso; è quindi preferibile ricorrere alla tintura od all'estratto. N. F. (*Journal des praticiens*, 2 febbraio 1923) dà le seguenti prescrizioni: Tintura di boldo; di ipeca; di genziana; di noce vomica; ana g. 5; XV-XX gocce dopo i pasti. Oppure: Estratto fluido di boldo g. 6; Sciroppo di cicoria g. 40; Acqua di melissa q. b. per

cmc. 180; un cucchiaio dopo ogni pasto. Vi sono poi in commercio dei granuli di boldina da un mg.; se ne danno 3-4 alla sera prima di coricarsi con un infuso caldo; tale dose non va oltrepassata.

Il *Combretum Raimbaultii* è una pianta dell'Africa occidentale; ivi essa è usata contro la così detta febbre biliosa ematurica in cui provoca scariche biliari. Si prepara in forma di decotto al 15 %; se ne danno 250 g., poi ogni 10 minuti, due dosi di 125 g.; si hanno vomiti che cessano presto; si continua il trattamento per 4 giorni, senza dare nutrimento alcuno.

Nei cirrotici senza ittero e nelle litiasi torpide e silenziose, si dà l'estratto fluido a dosi di X-XXX gocce in un po' di acqua prima dei pasti; nella litiasi non si debbono oltrepassare tali dosi, poichè si può avere reazione dolorosa e scomparsa dell'appetito.

Entrambi i medicamenti sono controindicati negli itteri febbrili e con ritenzione completa; sono inutili nelle insufficienze epatiche ad andamento rapido; sono indicati solo nei fegati ben compensati e purchè le vie biliari siano permeabili.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Natura e trattamento della psoriasi. — Al dottor S. A. N. C.:

La psoriasi è ancora molto oscura nella sua etiologia e patogenesi. Molti elementi farebbero pensare ad un'origine parassitaria e questa è l'opinione del Neisser. Per altri invece essa sarebbe dovuta alla diatesi uricemica e vi ha persino chi ha pensato a metterla in rapporto con la tubercolosi, ma si tratta di ipotesi molto ardita a cui manca fino ad ora una base concreta. Forse la psoriasi non è se non l'espressione di uno stato speciale della cute, dovuto a cause svariate, che la fa reagire in quella data forma a stimoli diversi, i quali sopra un'altra cute non avrebbero lo stesso effetto («reazioni cutanee» dei francesi).

La cura della psoriasi è il compito più ingrato e più difficile che si possa immaginare.

Nelle forme in periodo di evoluzione e ad elementi non molto sviluppati (*psoriasi punctata, guttata*, ecc.) è bene astenersi da medicamenti troppo attivi: in quelle ad elementi più grandi ed in periodo di stato (psoriasi nummulare, discoidea, ecc.) la crisarobina, cautamente usata (e dopo aver saggiata la tolleranza del paziente con applicazioni in tratti circoscritti della cute affetta) è ancora il rimedio preferito.

Buoni risultati possono aversi con l'applicazione esterna dei derivati di catrame, associati o no ad olio di fegato di merluzzo (olio di Cade); in tutti i casi però l'azione di questi medicamenti non ci garantisce mai la guarigione definitiva del processo, che tende sempre a recidivare.

Per uso interno l'arsenico sembra dare qualche buon risultato: si consiglia pure il joduro ad alte dosi, la tiroidina, ecc., ma non so però con quanto benefico effetto. Gl'inglesi prescrivono la dieta vegetariana: l'alcool sembra avere un'azione nociva e va assolutamente proibito.

Le cure fisiche (raggi Röntgen) sono state anche usate, ma neanche esse hanno dato risultati troppo incoraggianti.

In conclusione si può dire che attualmente la cura della psoriasi è basata sulla applicazione esterna di sostanze irritanti (catrame, crisarobina, ecc.) le quali provocando una infiammazione acuta dei tratti di pelle ammalata, facciano risolvere la dermatite cronica ivi esistente. Tali sostanze debbono essere perciò usate con cautela, nei soli periodi di stato della dermatosi, cioè non all'inizio, quando la irritazione artificiale provocata dal medicamento può aggravare ed accelerare il processo, nè verso la fine, vale a dire quando il processo stesso tenda spontaneamente, come suole accadere, a decrescere.

V. Montesano.

Ancora sui medici di bordo. — Al dott. G. M. da M.:

Il limite massimo di età per l'ammissione agli esami per l'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo fu elevato al 39° anno di età solo per la prima sessione indetta dopo la pubblicazione del R. D. 11 gennaio 1923, n. 167, il quale non ha disposizioni speciali per i medici che hanno fatto servizio in guerra.

M. C.

Istituti bibliografici. — Al dott. D. G., da V.:

Abbiamo già dato un elenco d'Istituti bibliografici lo scorso anno, a pag. 1371.

VARIA.

La Patologia di Napoleone.

La Casa Editrice Pozzi non poteva essere più felice nella scelta di un dono per gli abbonati al *Policlinico*. L'eccellente studio che il prof. De Paoli ha elaborato sulle cause della morte di Napoleone Bonaparte non ha solo un interesse di curiosità, ma una notevole importanza scientifica in quanto costituisce un saggio della ricostituzione della patologia di un uomo sulla base di documenti storici.

La figura di Napoleone si è mantenuta leggendaria anche nella caduta e nella morte dell'uomo fatale. Le passioni di avversarii implacabili e di amici devotissimi ed ammiratori entusiasti hanno reso sempre più fitto il mistero che avvolge il triste scoglio sul quale il grande scontò la sua rapida fortuna, la sua gloria immensa.

È opinione corrente che durante la sua relegazione a Sant'Elena Napoleone fosse tormentato dalle sofferenze prodotte da un cancro dello stomaco e che di questo male morisse.

Il prof. De Paoli ritiene questa opinione non corrispondente a verità.

E per dimostrare il suo asserto ha raccolto e studiato con mente di storico tutti i documenti che possono gettar luce sulle condizioni di salute di Napoleone durante tutta la sua vita e li ha sottoposti alla critica serena del patologo. Ed ha fatto opera veramente diligente ed illuminata.

Egli è partito dallo studio anatomo-patologico e dalla diagnosi anatomo-patologica del processo morboso riscontrato all'autopsia di Napoleone, ed ha esaminato se la sintomatologia presentata dal malato negli anni della sua prigionia a Sant'Elena, e la storia della patologia della sua vita, durante le epoche precedenti, si accordavano con le alterazioni anatomiche riscontrate sul cadavere, e se le une e le altre si appoggiavano a vicenda.

Si può misurare la fatica durata dall'autore in tali indagini e nelle relative interpretazioni considerando la rarità, la frammentarietà, la contraddizione dei documenti esistenti e lo stato della scienza medica ai principii dell'ottocento, di certo meno progredito che non sia attualmente.

Per quanto possa essere vivo il desiderio curioso di conoscere le cause immediate della morte di Napoleone, non è dubbio che maggior interesse desta l'accertamento dello stato di salute dell'uomo eccezionale in tutti i periodi della sua vita. Ed in ciò il De Paoli ha fatto opera meravigliosa di ricostruzione per quanto glielo consentivano le difficoltà incontrate.

Sta di fatto che la fanciullezza e l'adolescenza di Napoleone si sono svolte nell'oscurità e quindi delle sue condizioni di salute in tale periodo si possiedono scarsi particolari. Ciò non meraviglia trattandosi di un uomo proveniente da modesta posizione sociale. Ma quel che è più strano si è che, trattandosi di personaggio così in vista e così prossimo ai tempi nostri, poco si sappia delle sue condizioni di salute neppure per gli anni in cui dominò sulla scena del mondo.

Il De Paoli con la sua diligenza e con il suo acume ha superato in parte tali difficoltà e ci ha dato una storia patologica di Napoleone che ha molti caratteri di verisimiglianza, e, quel che ha notevole importanza, ha tentato di mettere un rapporto di reciproca causalità fra le condizioni organiche di quel grande nelle varie epoche della sua vita e le sue gesta.

Oltre a ciò il De Paoli con il suo studio ha compiuto un'altra opera lodevolissima: la riabilitazione dei medici che ebbero la ventura e la sventura di assistere Napoleone durante la sua prigionia.

È ben noto come essi per varie ed opposte ragioni secondo le tendenze e gli interessi dei critici, fossero accusati di ignoranza, negligenza, e sopratutto di essere stati docili strumenti nelle mani degli aguzzini del grande prigioniero. Vero è che il sospetto di eccessiva accondiscendenza e di simpatia verso colui che gli inglesi ritenevano un pericolo per l'Europa, e l'opinione dell'infermo e dei suoi fedeli che ritenevano essere i medici inviati unicamente per affrettarne la fine, resero l'opera di quei colleghi estremamente difficile.

I documenti illustrati dal De Paoli dimostrano invece che essi si contennero per quanto lo consentivano le circostanze con grande serenità ed anche fierezza, e che non trascurarono mai nulla per sollevare le sofferenze del grande infelice.

Un italiano, il dott. Antonmarchi, l'ultimo medico di Napoleone a Sant'Elena è stato il più calunniato dagli storici inglesi e francesi. Eppure nessuno dei suoi predecessori si rese conto più preciso del vero stato di salute del prigioniero per quanto lo consentissero le cognizioni di quei tempi, nessuno seppe trattare e far trattare con maggiore umanità il grande infermo per quanto lo permettessero le diffidenze, i sospetti del governo inglese verso tutti coloro che si mostravano affezionati a Napoleone o anche mostravano di crederlo veramente malato.

Il De Paoli riabilitando la memoria di questo nostro collega finora rimasto indifeso non solo ha reso un servizio alla verità, ma ha fatto opera di italiano.

G. DRAGOTTI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Delucidazioni ministeriali circa il R. Decreto 30 dicembre 1923, n. 2880.

Il Ministero dell'Interno (direzione generale della sanità pubblica) diresse ai Prefetti una circolare in data 20 febbraio 1924, che è stata ora pubblicata, per l'applicazione del decreto 30 dicembre 1923, n. 2880, concernente modificazioni ed aggiunte alla legislazione sanitaria.

Ne riassumiamo le delucidazioni praticamente utili.

Testo unico e regolamento.

Annunzia la circolare che, in esecuzione dell'art. 89 del citato decreto, è in corso la compilazione di un nuovo testo unico in sostituzione di quello approvato con R. D. 1° agosto 1907, n. 636. « Non appena il nuovo testo avrà potuto essere emanato, sarà affrontato il problema della revisione dei regolamenti sanitari, sia per introdurvi le disposizioni necessarie in dipendenza delle nuove norme portate dalla riforma sia per l'ulteriore decentramento burocratico, a termini dello stesso art. 89, sia per il migliore coordinamento e la compilazione di tutta la materia regolamentare ».

Si tratta, come dice correttamente la circolare, di « un problema da affrontare », perchè il regolamento dovrà integrare il sistema legislativo, il quale, per alcuni istituti e per importanti rapporti, contiene poche norme di carattere generale.

Il regolamento ha quindi funzione, finalità ed ampiezza che ne rendono particolarmente delicata e difficile la elaborazione.

È da ritenere che il Governo si giovi anche dell'esperienza di coloro che sono tratti a considerare le regole giuridiche dal punto di vista della realtà pratica, cioè dei fenomeni, dei doveri e degli interessi che devono essere giuridicamente regolati in rapporto alle *esigenze della vita*.

Malaria.

Avverte la circolare che, per l'anno in corso, il servizio di cura e di profilassi della malaria continuerà con le modalità del passato, sebbene il relativo obbligo sia stato attribuito alla Provincia e le nuove norme siano già entrate in vigore. La eventuale difficoltà di una immediata attuazione della innovazione che trasferisce alla Provincia una attribuzione che apparteneva al Comune, consigliano di rinviarne l'applicazione. Si chè i *Comuni* devono provvedere, anche in questo anno, all'acquisto e alla somministrazione del chinino e alla riscossione dei ruoli.

Servizi antitubercolari.

Circa i servizi antitubercolari chiarisce la circolare che il riferimento alla legge 24 luglio 1919, n. 1382, si deve intendere nel senso del « complesso di provvidenze che, a norma di questa legge, devono costituire il piano organico della lotta contro la tubercolosi, piano che, come è evidente, ha una portata più vasta e comprende anche per sè stessa l'assistenza ai tubercolosi prevista dall'art. 80 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2339, riguardante la riforma della legge Comunale e Provinciale e al quale è data esecuzione dal 1° marzo 1924 in virtù del R. D. 31 gennaio 1924, n. 151 ». In tal senso si deve, quindi, intendere la funzione attribuita ora alla Provincia per la lotta antitubercolare.

Medici circondariali.

Relativamente all'organo tecnico circondariale, si rileva che non deve istituirsi in ruolo un nuovo posto di « medico circondariale ».

La possibilità di assicurare presso le Sottoprefetture il concorso dei nuovi organi viene data all'amministrazione dai ruoli del personale della sanità pubblica approvato con R. D. 11 novembre 1923, n. 2395, che portano un congruo aumento del numero dei funzionari medici di grado inferiore a quello di medico provinciale: medico provinciale aggiunto e primo medico provinciale aggiunto. Quando saranno stati coperti tutti i predetti posti in ruolo (un primo concorso sarà bandito fra giorni — continua la Circolare —) il Ministero conta di poter regolarmente sistemare l'organizzazione sanitaria circondariale, avvalendosi, ove occorra, dell'opera di un unico funzionario per più circondari.

Gli elenchi per l'assistenza gratuita.

Segnala il Ministero il divieto di istituire condotte per la generalità degli abitanti e l'obbligo del medico condotto di prestare assistenza agli abbienti in base ad una speciale tariffa stabilita dal Consiglio degli Ordini dei Sanitari e approvata dal Prefetto; e poi, riferendosi ai due elenchi distinti, per l'assistenza sanitaria l'uno e per la somministrazione gratuita dei medicinali ai poveri, dice così:

« Lo scopo della distinzione dei vari elenchi è evidente: si è voluto dare ai Comuni la pos-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

sibilità di commisurare le prestazioni sanitarie ai vari bisogni dei Comuni, allargando o restringendo, cioè, il diritto alle prestazioni stesse, a seconda del maggior o minor grado di povertà di coloro che debbono essere compresi negli elenchi prescritti.

È bene, però, chiarire subito che la formazione di un doppio elenco per l'assistenza sanitaria ed ostetrica gratuita e per l'assistenza farmaceutica, dovrà essere fatta con la più scrupolosa obbiettività, allo scopo di evitare, nel modo più assoluto, che i Comuni si ritengano autorizzati a procedere alla compilazione del primo elenco, dalla quale esula, manifestamente, ogni preoccupazione finanziaria, con criteri così larghi da costituire quasi un ritorno all'abolita condotta piena.

Ad ogni modo, il Ministero si riserva di ribadire questo concetto nelle norme regolamentari che dovranno stabilire le modalità di formazione degli elenchi in parola ed avverte che, fino a che tali norme non saranno emanate, conserveranno la loro efficacia le disposizioni finora vigenti, secondo le quali non è ammesso che la formazione di un unico elenco di poveri, comprendente cioè tanto gli aventi diritto all'assistenza medica ed ostetrica, quanto gli aventi diritto all'assistenza farmaceutica ».

Già noi rilevammo la deviazione che è possibile e purtroppo facile qualora si adotti per i due elenchi il sistema di formazione e di controlli ora in vigore: cioè la degenerazione della condotta per i poveri in condotta per la generalità degli abitanti, a tutto danno del medico e in pregiudizio del servizio.

Le dichiarazioni e le intenzioni del Ministero sono certamente oneste e sagge; ma gli organi che devono formare gli elenchi sono indipendenti dal Ministero.

Prendiamo atto della riserva di provvedere mediante norme regolamentari e confidiamo che le disposizioni siano dirette a frenare efficacemente eventuali eccessi nella prima fase, cioè nel periodo della *formazione* dell'elenco, — alla quale dovrebbe partecipare l'ordine dei sanitari — e assicurino un controllo di merito immediato e serio.

Argomenti vari.

Ricorda la circolare che « le norme a garanzia della nomina, del periodo di prova, dei provvedimenti disciplinari, di dispensa dal servizio e di licenziamento che regolavano il personale dei medici condotti sono estese oggi non soltanto ai veterinari condotti ma anche alle levatrici ed ai farmacisti condotti, eliminando così ogni disparità di trattamento prima esistente ».

Circa gli ufficiali sanitari la circolare espone il contenuto delle disposizioni già note ai nostri lettori ma non contiene delucidazioni circa il potere di dispensa per inabilità o nell'interesse del servizio e al collocamento a riposo.

Certamente provvederà il regolamento alle lacune che segnalammo con la nostra nota inserita nel fascicolo 12 di questa rivista; non è possibile che poteri così ampi come quelli che sono stati attribuiti ai Prefetti in confronto degli ufficiali sanitari rimangano sforniti di efficaci garanzie.

Le adesioni che la nostra nota ha destato dimostrano che la necessità di norme protettive precise e chiare è vivamente sentita.

Circa il potere surrogatorio del Prefetto al fine della repressione disciplinare delle mancanze dei sanitari liberi esercenti — per il quale facemmo e ripetiamo le *più ampie riserve* in linea di principio, cioè per l'autonomia degli *Ordini* che è elemento essenziale a questi organismi data la loro origine e la loro funzione — la circolare dice così:

« L'articolo 53, poi, rende possibile anche in confronto agli Ordini l'esercizio delle facoltà di sostituzione da parte dei Prefetti in quella materia, che rappresenta quasi l'attribuzione naturale degli Ordini stessi: la repressione, cioè, mediante provvedimenti disciplinari, delle mancanze e degli abusi nella esplicazione del libero esercizio professionale. Occorre appena rilevare che il carattere eccezionale di questa forma di funzione amministrativa indiretta esige che l'inadempienza dell'organo, normalmente competente, sia accertata nelle forme necessarie, ond'è che il citato art. 53 si riporta all'uopo all'articolo 39, richiedendo, quindi che il provvedimento di sostituzione intervenga dopo un invito all'Ordine di far luogo al provvedimento disciplinare entro un perentorio termine ».

Dei ricorsi.

Riportiamo integralmente la parte della circolare che si riferisce all'argomento delicato dei ricorsi.

« Il nuovo decreto, infine, analogamente a quanto è stato stabilito nei provvedimenti di riforma della legge comunale e provinciale, modifica sostanzialmente il sistema dei ricorsi in materia sanitaria, adottando di regola (art. 86) il doppio grado di riesame di merito dei provvedimenti delle autorità sanitarie comunali ed affidandolo, rispettivamente, al Sottoprefetto del circondario ed al Prefetto della Provincia, salvi sempre, per legittimità, il ricorso straordinario al Re e quello giurisdizionale innanzi al Consiglio di Stato, non-

chè la facoltà nel Governo del Re (art. 87) di dichiarare, in qualunque tempo, la nullità degli atti e provvedimenti che contengono violazioni di legge e di regolamenti.

È ovvio che la cognizione dei ricorsi predetti da parte dei Sottoprefetti — in quanto costituisce per questi una nuova attribuzione in materia tecnico-sanitario — va considerata alla stregua di quanto dispone il secondo comma dell'articolo 90 del Regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2889, e ciò anche nelle Nuove Provincie, ove, pure esistendo di fatto organi tecnico-sanitari nei circondari, manca la istituzione delle Sottoprefetture nel 1° circondario, che è il presupposto necessario e fondamentale per l'applicazione della riforma nei riguardi del sistema dei ricorsi.

È, perciò, evidente che, fino a quando non sia intervenuto apposito provvedimento che riconosca attuata nelle singole provincie la nuova organizzazione sanitaria circondariale, nulla è innovato in materia, continuando i ricorsi gerarchici, riferentisi all'applicazione delle leggi sanitarie, ad essere trattati con la procedura e nei termini, di cui al sistema legislativo vigente.

Naturalmente, poi, per i ricorsi in materia sanitaria che prescindono da tale nuova organizzazione, valgono le norme comuni in base alle quali l'entrata in vigore delle nuove disposizioni, per quanto si riferisce ai ricorsi ai termini della legge comunale e provinciale, è determinata dalla entrata in vigore di essa, e, per quanto si riferisce ai rimanenti ricorsi gerarchici, è connessa all'entrata in vigore della riforma sanitaria (30 gennaio 1924) ».

***

« Il Ministero, conclude la circolare, si riserva, man mano che se ne manifesti la necessità ed opportunità, di illustrare o di chiarire la portata di altre disposizioni contenute nella riforma testè decretata ».

Proposito opportuno, anche questo, perchè alcune disposizioni richiedono speciale delucidazione come è stato da noi già rilevato a proposito degli ufficiali sanitari, dei medici condotti, dei ricorsi gerarchici anche agli effetti transitori, ecc.

È inevitabile che una riforma importante, per quanto accuratamente congegnata e redatta, non sia senza lacune e contenga elementi di incertezze. È quindi lodevole il proposito del Ministero di collaborare successivamente alla più corretta interpetrazione ed applicazione delle nuove norme, che questa prima circolare ha sintetizzato a scopo espositivo.

QUESTIONI PRATICHE.

XVII. — Responsabilità dell'esattore tesoriere che rifiuta arbitrariamente il pagamento di un mandato.

Si è presentato all'esame della Corte di Cassazione penale un caso interessante di responsabilità per omissione di doveri inerenti ad un pubblico ufficio.

Un esattore tesoriere comunale era stato imputato del reato previsto dall'art. 178 Codice penale per avere rifiutato il pagamento di un mandato al segretario Comunale e il Pretore di Castellone al Volturno ne aveva dichiarato la responsabilità penale, con sentenza confermata dal Tribunale di Isernia.

La Corte di Cassazione considerò che l'esattore tesoriere comunale è pubblico ufficiale, e quindi, può rendersi responsabile del delitto previsto dall'art. 178 c. p., il quale così dispone: « Il pubblico ufficiale, che per qualsiasi pretesto, anche di silenzio, oscurità, contraddizione o insufficienza della legge, omette o rifiuta di fare un atto del proprio ufficio è punito con la multa da L. 50 a 1500 ».

Ma considerò la Corte che « per stabilire se l'esattore tesoriere *arbitrariamente* rifiuti il pagamento dei mandati, in via pregiudiziale occorre una regolare verifica della Cassa, altrimenti manca la base giuridica per applicare la multa e, ai fini penali, manca la base giuridica per ritenere ingiustificato o doloso il fatto del rifiuto ».

(Sentenza 14 gennaio 1924, ric. Notardonato).

XVIII. — Poteri del Prefetto nei casi di industrie insalubri.

Il potere di emanare un provvedimento che la legge attribuisca ad un'autorità, implica anche quello di compiere e di fare eseguire gli atti accessori necessari per garantire l'esecuzione principale. Per l'art. 33 della legge sulla pubblica sicurezza il Prefetto può, sentito il parere del Consiglio Provinciale sanitario, vietare l'esercizio di industrie insalubri e pericolose, anche in difetto di reclami. È vero che la lettera dell'art. 33 parla di annullamento di deliberazioni della Giunta Comunale; ma, anche se manchi tale deliberazione, il divieto è legittimo, perchè l'art. 33 deve essere considerato in relazione col precedente 32; e d'altra parte sarebbe assurdo l'ammettere che il Prefetto non possa vietare l'esercizio di una industria manifestamente insalubre o pericolosa — e tale ritenuta dai competenti corpi tecnici — solo perchè non esistano reclami nè una precedente deliberazione della Giunta Comunale.

(Consiglio di Stato, Sez. V; decisione 22 febbraio 1924, n. 16).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

A proposito della " clinicizzazione ".

I medici «ospitalieri» d'Italia si agitano con riunioni, con ordini del giorno, con missioni inviate al Ministero, contro una legge recentemente annunciata col titolo sintetico: «clinicizzazione» degli Ospedali. Noi abbiamo seguito con attenzione questo movimento, e, pur senza occuparci della cronaca spicciola, abbiamo tenuto a riferire, nel numero scorso, il riassunto obbiettivo degli ordini del giorno votati.

Facciamo ora seguire una altrettanto sintetica disamina della questione.

La legge approvata con i pieni poteri stabilisce che nelle città universitarie, i cui ospedali dispongono in media di 600 degenze giornaliere, tutti gli ammalati siano affidati alle cliniche. Ove si pensi che in presso che tutte le università, le cliniche sono almeno 7: medica, chirurgica, ostetrica, oculistica, dermosifilopatica, pediatrica, neuropsichiatrica, e che alle due cliniche generali, medica e chirurgica, per lo più si aggiungono le rispettive patologie, si capisce subito che 600 malati distribuiti in 7 cliniche e due scuole di patologia rappresentano un minimo indispensabile, perchè agli studenti sia offerto il modo di esaminare per ciascuna branca un numero limitatissimo di casi.

Se ciò è indiscutibile, resta da chiedersi: è preferibile avere due corpi sanitari, uno che funzioni i 9 mesi dell'anno e l'altro che funzioni i rimanenti 3 mesi, o è meglio, dato che le cliniche debbono esistere per l'insegnamento, che il personale di esse faccia il servizio per tutti i 12 mesi?

I due corpi costituirebbero un duplicato costoso per gli enti pubblici, dannoso, poi, per gli attriti che finora sono stati stridenti e noiosi, ma che sono fatalmente inevitabili. La bontà del provvedimento è tanto giustificata che le amministrazioni ospitaliere per le minori sedi sono già in moto per uniformarsi alla legge prima che questa sia definitivamente resa esecutiva.

Contro la tesi che un tale provvedimento sia più che opportuno non vi sarebbe altro argomento se non questo, che i clinici non avessero la capacità tecnica di assistere e curare gli ammalati almeno quanto i medici ospitalieri o che tenessero metodi terapeutici più costosi. Sarebbe ingiuria tanto affermare che i clinici non saprebbero curare gli ammalati, quanto affermare che i medici ospedalieri userebbero dietetica e metodi di cura meno adatti agli infermi. Se si prescinde da ogni ragione contingente, è senz'altro doveroso convenire che i clinici conoscono i doveri del medico pratico, e che i medici ospitalieri conoscono le esigenze moderne della assistenza e della cura degli infermi. Chi negherà mai che più sono numerosi e perfezionati i metodi diagnostici più precise ed efficaci scaturiscano le indicazioni curative? Le cliniche dispongono del materiale dei loro gabinetti scientifici e possono metterlo a beneficio degli ammalati.

Noi riteniamo fuori discussione non solo la opportunità, ma anzi la necessità, che, nelle sedi universitarie con 600 infermi in media, gli ospedali siano «*clinicizzati*» cioè riuniti in un'amministrazione il cui corpo tecnico sia costituito dal personale delle cliniche.

Per le città maggiori, cioè per quelle con numero di infermi ospedalizzati superiore a 600 degenze giornaliere in media, la legge stabilisce che siano affidati alle cliniche quei tanti infermi che sono necessari all'insegnamento. Ciò è ben lontano dalla supposizione che le cliniche vengano a disporre di tutti i malati ospedalizzati. Sarebbe assurdo pensare che siano i clinici generali, siano i clinici speciali, pretendano di assistere e curare *tutti* gli infermi d'una grandissima città. Dovrà intervenire un accordo tra le cliniche e gli ospedali perchè, proporzionatamente al personale clinico, proporzionatamente al numero degli studenti, in rapporto alla ubicazione dei locali, ecc., gli infermi siano affidati in misura sufficiente ai clinici e perchè i restanti vengano affidati a personale ospitaliero. Ma la nuova legge avrebbe da evitare che la cessione degli infermi alle cliniche, porti allo Stato oneri troppo gravi, così che questo, senza troppe limitazioni, possa provvedere alla pratica preparazione dei medici di domani. Di fronte a questo supremo dovere dello Stato devono tacere i piccoli interessi di amministrazioni locali, debbono acquietarsi le pretese che i medici ospitalieri vengono avanzando.

E di vero le seguenti clamorose obbiezioni degli ospitalieri sono passibili delle seguenti semplici risposte:

a) la clinicizzazione falserebbe gli scopi eminentemente pratici degli ospedali, muterebbe lo spirito di beneficenza che ne informa l'opera?

Nelle cliniche gli infermi trovano almeno la stessa cura e lo stesso spirito umanitario che negli ospedali.

b) i clinici non bastano a fare tutto il servizio con il loro personale e dovrebbero assumere altro personale, costituendo un monopolio?

Dove i malati non sono più di 600 il personale clinico basta; dove i malati sono molto, molto più numerosi, i clinici ne prendono in cura quanti sono necessari per i bisogni dell'insegnamento, lasciando i rimanenti al personale ospitaliero. Per gli ospedali con degenze intermedie si verrà a trattative e ad accordi.

c) imprimendosi carattere scientifico allo studio e alla cura dei malati si accrescerebbe il disagio finanziario delle Opere pie?

1) *È difficile a chi ragioni serenamente e obbiettivamente distinguere cure scientifiche e cure non scientifiche; non esistono che cure ben fatte o mal fatte;* 2) *le Università non chiedono sacrifici alle Opere pie, vogliono aggiungere i loro mezzi tecnici e finanziari alle risorse degli ospedali clinicizzati.*

d) è giusto che un ospedale abbia due distinti corpi sanitari?

No, e basta il personale clinico, se gli infermi sono pochi.

Sì, se rispetto al numero dei malati, i due corpi sanitari possono trovare lavoro sufficiente, tale da giustificare la spesa.

Questi i motivi sostanziali, rapidamente riassunti dagli ordini del giorno dei medici ospitalieri. Ognuno ne vede la fragilità.

Non teniamo nemmeno conto di argomentazioni minori come le seguenti:

che la cittadinanza abbia diritto o vantaggio a scegliersi il personale sanitario;

che i singoli ospedali sarebbero così ordinati diversamente da città a città secondo che vi esistano o no Università;

che gli ospedali possono integrare l'insegnamento clinico;

che per il programma ricostruttivo odierno non giova creare dissidi tra due categorie della classe sanitaria.

Nell'insieme le ragioni dell'agitazione ospitaliera, quando sieno tolte dal calore dell'ambiente in cui si svolgono, cadono nell'insussistenza. Se qualcuno insinuasse che qui si difendono interessi della nostra Università, noi risponderemmo che, per quanto ci consta, dalla legge sono esclusi gli ospedali dipendenti dall'amministrazione ospitaliera della Capitale.

Noi ci sentiamo tranquilli nell'asseverare che, per quanto conosciamo, il progetto detto della clinicizzazione trasformerà utilmente la assistenza e la cura degli ammalati, semplificando la gestione; ch'esso gioverà notevolmente all'economia delle Opere pie e dello Stato. I suoi vantaggi saranno grandi, se sarà inteso e svolto con piena lealtà d'ambo le parti. Ci auguriamo pertanto che di esso si faccia la più equanime, sollecita e larga applicazione.

Cronaca del movimento professionale.

XI Congresso della Federazione degli Ordini.

Sono convocate in Roma in Assemblea generale le rappresentanze degli Ordini dei Medici aderenti alla Federazione (a termini dell'art. 4 dello Statuto Federale). Il Congresso si inaugurerà alle ore 10 del 27 aprile e durerà fino al 29 aprile.

Una semi-vittoria dei medici inglesi.

Avevamo annunziato che il conflitto sorto tra il Ministero della salute ed i medici delle assicurazioni in Inghilterra aveva condotto ad un arbitrato.

Questo si è risolto — come al solito — in un compromesso, il quale però è stato largamente favorevole ai medici. Difatti le Società mutue intendevano ridurre di 2 scellini la capitazione o quota corrisposta ai medici per ogni assicurato; il Ministero aveva proposto una riduzione di 1.60 per otto anni ovvero di 1.30 per tre anni, a scelta; la riduzione è stata, invece, di un solo scellino.

I rappresentanti dei Comitati d'assicurazione e il Ministro hanno riconosciuto ed hanno proclamato che il servizio delle assicurazioni statali ha funzionato in modo «efficiente»; alcuni inconvenienti parziali non sarebbero tali da giustificare gli attacchi fatti al sistema dagli scontenti e dagli ipercritici.

Nuovi Consigli degli Ordini.

PARMA. — *Presidente*: dott. Tonelli Carlo; *segretario*: dott. Verduri Ernesto; *tesoriere*: prof. Vecchi Mario; *consiglieri*: prof. Camisa Giuseppe, dottori Giacobbi Dante, Romolotti Ettore, prof. Valenti Adriano.

PERUGIA. — Nella indicazione dei componenti il nuovo Consiglio si deve correggere così il nume di un consigliere: dott. Braccio Bracci.

RAVENNA. — *Presidente*: dott. Minguzzi Arrigo; *segretario*: dott. Scocco Ghigi; *tesoriere*: dott. Sechi Antonio; *consiglieri*: professori Civalleri Italo, Giugni Francesco, dottori Grandi Umberto, Trebbi Pietro.

SASSARI. — *Presidente*: dott. Demontis Lorenzo; *consigliere anziano*: dott. Sanna Salvatore; *segretario*: dott. Manai Andrea; *tesoriere*: dott. Manca Pietro; *consiglieri*: prof. Ferralis Giovanni, dottori Pistuddu Alberto, Mundula Salvatore.

SIENA. — *Presidente*: prof. D'Ormea Antonio; *segretario*: dott. Bicchi Olinto; *tesoriere*: prof. Franci Giovan Battista; *consiglieri*: dottori Mazzuoli Guido, De Roemer Dino, Romani Dario, Garzia Almerindo.

TERAMO. — *Presidente*: dott. Baroni Tomaso; *vice-presidente*: dott. Pirocchi Tomaso; *tesoriere*: dott. Macramà Gabriele; *segretario*: dott. De Sanctis Nicola; *consiglieri*: dott. Fusilli Antonio, Ghiotti Antonio, Macrini Garibaldi.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile «Umberto I».* — Cercasi medico-assistente. Stipendio globale lordo annuo L. 3915; alloggio e vitto tutti i giorni nell'Ospedale. Per informazione rivolgersi alla Direzione Ospetaliera.

CANNERO (*Novara*). — Condotta. Scad. 30 aprile. Vedi fasc. 13.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — Condotta. Scad. 25 aprile. Vedi fasc. 13.

MONTEBELLUNA (*Belluno*). — Condotta. Scad. 15 maggio. Vedi fasc. 13.

MOTTALCIATA (*Novara*). — Stip. L. 6000; uff. san. L. 1000; doppio **c.-v., cavallo obbligat**. L. 4000. Scad. 20 aprile.

SONCINO. *Congreg. di Carità.* — A tutto il 30 apr. Direttore dell'Ospedale di S. Spirito; L. 7500 e compensi operazioni chirurgiche e cure mediche malati paganti. Età lim. 40. Biennio in Clin. chirurgica o sez. chirurgica di grande Osped. Quinquennio di laurea. Prova biennale; servizio fino a 65 anni. L'Ammin. ha facoltà di ripetere il concorso dopo sentito il voto della Commiss. tecnica.

ZENSON DI PIAVE (*Treviso*). — Condotta. Scad. 19 aprile. Vedi fasc. 13.

Facoltà Medica dell'Università di Belgrado (Serbia).

I Concorso per la cattedra di *Igiene*. — II Concorso per la cattedra di *Radiologia* (Diagnosi e terapia per mezzo dei raggi X). I concorrenti debbono inviare le domande entro il 15 maggio p. v. al preside (decano) della Facoltà, aggiungendovi la loro biografia, con i loro titoli ed i loro titoli scientifici e specificando le lingue che parlano e il grado a cui aspirano (prof. ordinario, prof. straordinario, docente).

Belgrado, 15 marzo 1924.

Il Rettore dell'Università: BURIAN.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. Leonardo Grossi, assistente nell'Istituto di Patologia speciale medica dell'Università di Genova, ha conseguito la libera docenza in patologia speciale medica. La memoria a stampa si riferisce ai «Riflessi cardiaci provocati». Il tema della lezione fu «L'ulcera duodenale». La Commissione era composta dei proff. sen. Maragliano, Micheli, Livierato, Clivio, Gasbarrini. Al valoroso neo-professore i nostri migliori augurii e rallegramenti.

Il prof. Mario Fontana è stato nominato Direttore del Riparo di Radiologia e cure fisiche nel R. Stabilimento balneare L. Berzieri a Salsomaggiore.

Per il 1924 il re d'Inghilterra ha decorato 14 medici: sir Donald Mac Alister è stato promosso baronetto; sono stati fatti cavalieri (knights) Bramwell, Ferguson, Prout; è stato fatto «compagno dell'ordine del bagno» Leishman.

Avvertiamo che le onorificenze cavalleresche e nobiliari inglesi sono concesse con molta parsimonia.

NOTIZIE DIVERSE.

Conferenza internazionale per la lotta contro la tubercolosi.

La IV Conferenza dell'Union Internationale contre la tuberculose avrà luogo quest'anno a Losanna dal 5 al 7 agosto. Seguirà una escursione della durata di otto giorni per la visita alle principali stazioni antitubercolari della Svizzera.

L'itinerario comprende: Leysin, Montana, Heilingenschivendi, Berna, Zurigo, Davos e Arosa.

Gli argomenti messi all'ordine del giorno della conferenza sono i seguenti:

1° Esistono in natura o si possono creare artificialmente delle forme saprofitiche del bacillo di Koch, che siano suscettibili di trasformarsi in bacilli tubercolari virulenti?

Relatore il prof. Calmette (Parigi).

2° Relazioni tra lo stato di gestazione e la tubercolosi.

Relatore il prof. Forssener (Stoccolma).

3° Effetto dell'organizzazione della lotta antitubercolare nei diversi paesi, sulla diminuzione della mortalità per tubercolosi.

Relatore il prof. Sir Robert Philip (Edimburgo).

Conferenza del prof. Léon Bernard: «La profilassi della tubercolosi nel bambino».

Coloro che desiderassero prender parte a questo importante Congresso potranno chiedere schiarimenti, programma e bollettino di adesione alla segreteria della Federazione Nazionale per la lotta contro la tubercolosi, Via Toscana 12, Roma.

L'Union Internationale contre la tuberculose, su proposta della Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi, ha nominato come suoi membri titolari i signori: Abba prof. Francesco, Campani prof. Arturo, Carpi prof. Umberto, Della Seta dott. Eschilo, Fagiuoli prof. Antonio, Fici prof. Vincenzo, Germano prof. E., Levi prof. Ettore, Ronzoni prof. Gaetano, Sforza prof. Nicola, Vitali prof. Fabio.

Tale nomina lusinghiera dà loro facoltà di rappresentare l'Italia alle Conferenze dell'Unione ed a prendere la parola sugli argomenti posti all'ordine del giorno.

II Congresso della Società Internazionale di Urologia.

La Società Internazionale di Urologia ricostituita dopo la guerra si riunì a Parigi nel 1921 per il I Congresso (l'antica Società aveva già tenuto tre Congressi a Parigi, a Londra e a Berlino).

Nella riunione di Parigi del 1921 fu designata con unanimità Roma come sede del II Congresso e fu eletto Presidente il prof. Roberto Alessandri.

Dal Comitato Ordinatore del Congresso fu scelto come Segretario Generale il prof. Luigi Bonanome (via dei Gracchi, 124).

Il Congresso si svolgerà nei locali del Policlinico Umberto I dal 23 al 27 aprile 1924 col seguente programma:

Mercoledì 23 aprile. — Ore 16: Riunione del Comitato Internazionale (Policlinico Umberto I). — Ore 16.45: Seduta della Società Italiana di Uro-

logia in onore dei colleghi stranieri. (Policlinico Umberto I, Aula Accademia Medica). — Ore 18: Thè offerto agli ospiti dai Soci della Società Italiana di Urologia.

Giovedì 24 aprile. — Ore 10.30: Inaugurazione del Congresso in Campidoglio (Aula Senatoriale). 1ª seduta scientifica (Policlinico Umberto I, Aula Accademia Medica): ore 14.30: Relazione sul primo tema: L'innervazione renale. Relatori: Ambard (Strasburgo); Zoia (Pavia). Discussione. Hinman Frank (S. Francisco di California): Studio sperimentale sull'idronefrosi. — Ore 21.30: Serata artistica offerta dal Presidente del Congresso e dalla sig.ra Alessandri.

Venerdì 25 aprile. — Ore 9: Visita agli Ospedali - Sedute operatorie. — Ore 14: Seduta amministrativa. 2ª seduta scientifica: ore 15: Relazione sul secondo tema: Vaccinoterapia nelle affezioni urinarie. Relatori: Dudgeon (Londra); Noguès (Parigi); Pirondini (Roma); Rovsing e Owe Wulf (Copenhagen). Discussione. — Ore 17: Ricevimento in Campidoglio offerto dalla Città di Roma.

Sabato 26 aprile. — 3ª seduta scientifica: ore 9: Relazioni sul terzo tema: Risultati lontani delle operazioni per la litiasi renale. Relatori: Brongersma (Amsterdam); Cifuentes (Madrid); Tardo (Palermo). Discussione. — Ore 14: Thomson Walker: Vesciculotomia e vesciculectomia transvescicale; F. J. F. Barrington: Malakoplasia della vescica. — Ore 17.30: Visita al Palatino e Foro Romano. — Ore 20: Banchetto sociale offerto ai Membri del Congresso dai Colleghi italiani.

Domenica 27 aprile. — Escursione alle Fonti di Fiuggi.

Contemporaneamente al Congresso si terrà nei locali del Policlinico un'esposizione di materiale scientifico presentato dai Soci (pezzi anatomo-patologici, preparati microscopici, radiografie, ecc.) ed un'esposizione di strumenti chirurgici, materiale radiologico, pubblicazioni, ecc., alla quale hanno già dichiarato di partecipare numerose ditte italiane e straniere; della organizzazione dell'esposizione si occupa il prof. Raffaele Bastianelli coadiuvato dal prof. Leonardo Dominici ai quali gli interessati possono rivolgersi per schiarimenti (Policlinico Umberto I - Clinica Chirurgica).

L'Ordine dei Medici di Cuneo in crisi.

Dei 294 medici della Provincia di Cuneo, soltanto il 10 % prese parte alla votazione per le elezioni del nuovo Consiglio, tanto che i due capilista riportarono venti voti. Venuti ad una seduta pel ballottaggio fra i pochi che non avevano riportata la maggioranza assoluta degli inscritti, il capo-lista ottenne 51 voti. Tale esiguità di suffragi indusse i candidati eletti a rassegnare le dimissioni al Prefetto.

La sera del 7 marzo si spegneva improvvisamente nella sua villa di Porto S. Giorgio dove si era ritirato dopo un cinquantennio di intenso esercizio professionale il comm. dott. DOMENICO COLLINA, imolese. Laureatosi nella Università di Bologna, fu allievo prediletto del Concato, quindi medico primario negli Ospedali di Fabriano, Fermo, Orvieto e Iesi. Professionista colto, coscienzioso, filantropico, godè la stima e l'amicizia di illustri clinici quali il Loreta, il Roncati, il Murri, ecc. Scrittore elegante, tradusse ed annotò le opere dell'insigne psichiatra inglese, il Mausdley. Della natia Romagna ebbe il carattere forte, schietto, cordiale per cui lascia vivo rimpianto in quanti lo conobbero. M. C.

Si è spento in Roma il prof. comm. VINCENZO MORINI, colonnello medico della Croce Rossa, insegnante di anatomia umana all'Istituto superiore di Belle Arti di Roma. Era nato a Ravenna.

In Libia e al fronte disimpegnò alti incarichi assegnatigli dalla Croce Rossa, quali quello dello scambio dei grandi invalidi di guerra e dell'approvvigionamento di Fiume durante il periodo dell'insurrezione. I. M.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI   Roma, 14 Aprile 1924   Fasc. 15

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Casa di Salute Prof. Silvio Gavazzeni - Bergamo

Contributo alla cura del diabete coll'insulina.

Dottori Chierigo e Porta.

Diretti rapporti fra pancreas e diabete furono dapprima sospettati poi decisamente confermati da numerosi clinici ed esperimentatori (De Dominicis, v. Mehring e Minkowski).

Non mancarono neppure nel passato tentativi per realizzare un'organoterapia pancreatica (Zuelzer, Scott, Rennie, Diamare).

Ma questi studi e tentativi, anche se impostati su una giusta via, non riuscirono a dare mai risultati decisivi.

È al Banting e al Best dell'Università di Toronto che spetta il merito, dopo laboriosi studi ed esperimenti tentati negli animali fra il 1920 e il 1922, di averci dato un estratto alcoolico puro del pancreas, facile a iniettarsi sotto cute o per via endovenosa e capace di determinare anche nell'uomo, senza spiacevoli effetti secondari, notevole abbassamento e anche scomparsa della glicosuria e di ridurre il tasso glicemico al valore normale.

Al preparato fu dato il nome di insulina.

Intensi fervono in tutte le cliniche del mondo gli studi e gli esperimenti su questo nuovo preparato; i risultati dei singoli esperimentatori sono ancora molto discordi, per cui il giudizio definitivo sull'insulina e sulla sua efficacia terapeutica non è ancora maturo.

Noi cercheremo in questo modesto lavoro di dare un breve riassunto di quanto di più positivo si trova oggi nella letteratura sull'insulina e contemporaneamente riferiremo i risultati ottenuti in due casi curati e osservati in questa Casa di Salute.

Come si esplica clinicamente l'azione dell'insulina?

Iniettata sottocute in un diabetico, essa diminuisce in 3-4 ore la quantità dello zucchero emesso coll'orina, abbassa il tasso glicemico fino ai valori normali, fa scomparire rapidamente l'acetone e gli altri corpi chetonici. Dopo alcuni giorni di cura tutti i sintomi diabetici vanno scomparendo; i primi a cedere sono la polidipsia e la poliuria, al malessere generale e all'astenia subentra subito un senso di euforia. Il prurito, le algie diabetiche, le infezioni secondarie del diabete sì ribelli alle solite cure diabetiche e medicamentose (furuncolosi, vaginiti, vulviti, balaniti) si attenuano rapidamente fino a scomparire del tutto. Durante la cura l'a. che può nutrirsi più abbondantemente, perchè in grado di bruciare tutti gli idrati di carbonio ingeriti, vede spesso aumentare notevolmente il peso del suo corpo.

Ma il vero trionfo terapeutico dell'insulina è il coma diabetico. Fino a pochi anni fa

coma diabetico era si può dire sinonimo di morte; oggi con poche iniezioni di insulina noi siamo in grado di ridare alla vita ammalati già profondamente addormentati e completamente incoscienti.

Ad onta però di tutti questi titoli di gloria che l'insulina s'è acquistata, noi non siamo ancora in grado con essa di guarire completamente il diabete.

La sua efficacia terapeutica dura solo finchè dura la cura. Con essa noi riusciamo a rendere il coma un accidente — nella maggior parte dei casi — non più mortale, riusciamo a trasformare un diabete grave e ribelle alle solite cure in un diabete leggero, riusciamo a liberare gli ammalati dai sintomi diabetici più molesti e più gravi. Ma nulla di più; le restrizioni e riduzioni diabetiche non hanno per nulla perduto dopo la scoperta dell'insulina della loro efficacia terapeutica. L'insulina, come concludono il Labbé e il v. Noorden non è una cura di fondo del diabete, ma soltanto una cura semplicemente sostitutiva.

Per di più bisogna non dimenticare che l'insulina non è una cura innocua, scevra del tutto di pericoli. Iniettare una dose anche piccola di insulina in un soggetto che abbia un tasso glicemico normale, vuol dire esporlo ai più gravi pericoli in certi casi anche alla morte dovuta a un brusco abbassamento della quantità dello zucchero nel sangue. A questo pericoloso accidente che bisogna tener sempre presente quando si maneggia l'insulina fu dato il nome di reazione ipoglicemica.

La reazione ipoglicemica si manifesta con improvvisa sensazione di fame, stanchezza, inquietudine, tremore, senso di caldo, freddo; nei casi più gravi con sudorazione profusa, diplopia, afasia, delirio, convulsioni e morte. La reazione è più pericolosa e più frequente nei deboli e cachettici e nei soggetti affetti da diarrea.

Per non esporre l'organismo a quesa pericolosa reazione è obbligo sancito dall'esperienza di somministrare subito dopo l'iniezione di insulina (un quarto fino al massimo mezz'ora dopo) un pasto piuttosto abbondante che contenga anche una quantità sufficiente di idrati di carbonio (100-150 gr. secondo gli autori e secondo i casi).

Ai primi accenni della reazione bisogna dare subito all'a. degli idrati di carbonio e sotto forma di zucchero (5-25 gr.) per bocca o sotto forma di soluzione di glucosio al 10-50 % per via sottocutanea o endovenosa. Gli americani consigliano in tali casi il succo d'arancio perchè ricco di levulosio e di destrosio. In casi gravi si pratica una iniezione di adrenalina al ‰ che è l'antidoto dell'insulina.

È regola perciò assoluta, da tutti ammessa, di determinare il tasso glicemico dell'a. prima di praticare l'iniezione d'insulina. In generale gli autori videro manifestarsi la reazione ipoglicemica quando il tasso era sceso sotto il valore di 0.035 %. Le precauzioni in questo senso però non sono mai esagerate perchè la suscettibiltà verso l'insulina è individuale e variabile di caso in caso. Campbell. Fletscher e Lauritzen la videro manifestarsi una volta già al tasso glicemico di 0.09 %.

Sul modo di somministrare l'insulina le opinioni dei clinici sono molto discordi. Tutti concordano però nel sostenere che la cura deve essere rigorosamente individualizzata e scientificamente controllata; è necessario perciò il ricovero dell'a. nell'Ospedale o nella Casa di Salute, dove si possa avere a disposizione un laboratorio bene organizzato.

Lo schema di cura più generalmente usato dai grandi clinici che si sono occupati dell'argomento è questo.

Alla cura si deve far precedere un periodo di 4-6 giorni di osservazione clinica rigorosa. Stabilita la quantità di zucchero emesso coll'orina nelle 24 ore, fissato il tasso glicemico a digiuno e dopo i due pasti principali, dosato l'acetone, l'acido diacetico e l'ammoniaca emessi nelle 24 ore, si sottopone l'a. a una rigorosa dieta antidiabetica priva completamente di idrati di carbonio. Se con essa la glicosuria, la glicemia e gli altri sintomi diabetici scompaiono (ciò che succede in più che nel 50 % dei casi di diabete) si escluderà l'a. dalla cura insulinica. Iniettare in tal caso l'insulina costituirebbe un puro lusso non del tutto scevro di pericoli e che darebbe all'a. l'unico vantaggio di poter mangiare più abbondantemente.

Se invece la cura dietetica priva di idrati non dà nessun miglioramento, se nemmeno con una riduzione globale del cibo nè colla restrizione delle sostanze proteiche e dei grassi i sintomi diabetici accennano a scomparire, si ricorrerà subito alle iniezioni di insulina.

E a quale dose?

L'esperienza insegna oggi che un'unità clinica di insulina americana (l'unica da noi usata) è capace di abbassar 2-2.5 gr. di zucchero nell'orina. Si inietteranno perciò tante unità nelle 24 ore, quanti due grammi e mezzo di zucchero saranno emessi nelle orine delle 24 ore. Se un ammalato, p. es., emette 50 gr. di zucchero al giorno, si inietteranno 20 unità.

Per non esporre però l'organismo alla reazione ipoglicemica è necessario dividere in 2-3 dosi la quantità giornaliera di insulina stabilita. Le dosi si inietteranno ¼ fino a ½ ora prima dei pasti principali.

Le dosi iniziali saranno sempre leggere, perchè la suscettbilità individuale è variabile. La letteratura è ricca di casi che dimostrano logica la prudenza delle dosi all'inizio della cura. Allen e Sherill in un diabetico cachettico videro comparire incoscienza e morte dopo l'iniezione di sola mezza unità; Lauritzen notò segni di intossicazione di un caso soltanto dopo l'iniezione di 4 unità; Josslin in un diabetico con diarrea dopo una sola unità. Coi comatosi invece non occorre esser prudenti nelle dosi, perchè in essi la tolleranza per l'insulina è grandissima.

Gli americani Allen e Sherill, che in questo campo hanno la maggior esperienza, consigliano nei casi di coma di iniettare subito 25 unità per via endovenosa e contemporaneamente 20-50 unità sotto cute. Ogni ora o dopo alcune ore si ripete la stessa dose sottocutanea e così fino a quando l'a. è ritornato completamente in sè. In un caso di coma Allen iniettò 420 unità in un giorno solo riuscendo così a salvare l'ammalato. Naturalmente come abbiamo detto più sopra si daranno abbondanti idrati, zucchero per bocca e per iniezioni, e si faranno iniezioni toniche stimolanti.

In questo senso noi abbiamo curato e salvato un ammalato entrato in Clinica in precoma e che nella notte stessa era caduto in profondo coma. La storia dettagliata merita di essere accennata.

I CASO. — B. C. Albergatore, d'anni 65 (vedi tabella n. 1).

L'ammalato non ha nessuna tara gentilizia, non ebbe mai alcuna malattia pregressa di importanza: abusò nella sua vita di vino, liquori e tabacco: non ebbe lue.

Da un anno incominciò a lamentarsi di facile stanchezza e dolori a tipo nevralgico alla regione lombare. Tuttavia egli non consultò allora nessun sanitario e nemmeno lo fece in questi ultimi mesi nonostante incominciasse a soffrire di poliuria, polidipsia, secchezza alla bocca e alle fauci.

Da una quindicina di giorni l'a. divenne piuttosto sonnolento, apatico, svogliato; ed in queste condizioni si presentò al nostro Ambulatorio.

Dai dati anamnestici, dall'aspetto generale dell'a. con l'alito acetonico, dalla presenza di notevole quantità nelle urine di acetone e di zucchero era evidente la diagnosi di precoma, per cui si ricoverò subito l'a. in Clinica.

Accertatisi dello stato iperglicemico, con il metodo di Williamson, iniettammo la sera stessa 20 unità di insulina per via sottocutanea.

Dopo circa mezz'ora l'a. ebbe un lieve accenno a risvegliarsi; nella notte però le condizioni si aggravarono e al mattino entrò rapidamente in coma.

Il quadro clinico era allarmante; l'a. giaceva in un sonno profondo da cui non si riusciva a risvegliarlo neppure per un breve istante; il respiro era dispnoico (tipo Kussmaul): l'esito funesto poteva parere imminente.

Gli esami di laboratorio (1) subito praticati diedero i seguenti risultati:

Urine delle 12 ore: cc. 1500.
Zucchero nelle urine 50 %.
Acetone nelle urine 3 ‰.
Glicemia 0.35 %.

Lasciammo tosto a parte ogni indugio e iniettammo 30 U. di insulina per via endovenosa, facendo seguire una fleboclisi con siero glucosato Zambeletti. Subito dopo pochi minuti l'a. riprese un poco la coscienza: si continuarono però nella giornata e nella notte iniezioni di insulina (20-30 unità ogni 3-4 ore) per mantenere e accentuare il miglioramento subito ottenuto. Dopo le iniezioni di insulina si somministrava ogni volta una soluzione di glucosio, 1 gr. per ogni unità di insulina.

Non vennero però tralasciate le ipodermoclisi con soluzione fisiologica e proctoclisi con bicarbonato di soda. In 3ª giornata, essendo le condizioni dell'a. buone, si volle cercare di ridurre le unità di insulina, ma notando una tendenza alla regressione, si dovettero riprendere le dosi generose, iniettando ancora il 4° e il 5° giorno 100 U. In questi giorni, potendo l'a. nutrirsi, gli vennero somministrate contro l'acetonuria delle minestrine con farina d'avena.

Convalidato così il miglioramento, quasi completamente scomparso dalle urine l'acetone e abbassata la glicosuria, si potè ridurre gradualmente l'insulina, sospendendola completamente dopo 11 giorni, senza che l'a. notasse un peggioramento dei disturbi.

Anzi il miglioramento continuò sempre e ancora dopo molti giorni dalla sospensione dell'insulina l'a. con circa 40 gr. di idrati di C. nella dieta, eliminava solo 5-8 gr. di zucchero nelle 24 ore, non aveva più acetonuria e il tasso glicemico nel sangue s'era ridotto quasi alla norma.

Il caso citato è molto istruttivo, perchè oltre a dimostrare come l'insulina può dare delle vere resurrezioni, insegna come pur sorvegliando sempre da vicino l'a. e circondandoci di ogni cautela, bisogna non avere timore ad iniettare nei casi gravi di coma dosi generose di insulina.

Crediamo utile di esporre un altro caso di diabete grave da noi curato colle iniezioni di insulina, che riuscimmo a trasformare in un diabete leggero.

CASO II (vedi tabella n. 2).

L'a. quarantenne, è soggetto di buonissima derivazione; già buon bevitore e fumatore non ricorda malattie pregresse ad eccezione di una forma piuttosto ostinata di malaria avuta nell'anno 1917, durante il servizio militare in Albania, della quale guarì definitivamente solo nell'agosto 1920.

Non ebbe mai infezione luetica.

Si accorse di avere zucchero nelle urine nel 1921: la malattia iniziatasi con polifagia, polidipsia e poliuria, venne aggravandosi in questi ultimi mesi, nonostante che l'a. si attenesse a scrupolose regole dietetiche. Infatti la glicosuria di lieve grado all'inizio, divenne

(1) La ricerca dello zucchero nelle urine fu eseguita con il metodo classico del Fehling; il dosaggio dello zucchero nel sangue col metodo Folin Wu; il dosaggio dell'acetone nelle urine con una soluzione di idrato di etilendiamina al 10 %.

abbondante ultimamente; in più vi si associò diminuzione notevole del peso (20 Kg.) e delle forze, ed anche acetonuria.

All'entrata in Clinica l'a. era in condizioni generali molto scadenti, dall'aspetto sofferente, con notevole ipertrofia del fegato: null'altro di speciale presentava all'esame obiettivo.

Gli esami di laboratorio all'entrata diedero i seguenti risultati:

Zucchero nelle urine 40 ‰; nelle 24 ore ne veniva eliminato circa 110 gr.

Acetone presente nelle urine in notevole quantità: nelle 24 ore ne veniva eliminato circa 120 ctg.

Glicemia a digiuno 0.30 %. Wassermann nel sangue negativo.

Seguendo le norme date per l'uso dell'insulina, abbiamo tenuto l'a. per parecchi giorni a una dieta basale priva di idrati di carbonio e con scarse proteine. Con essa le cifre suesposte si modificarono di poco, attenendosi già l'a., come sopra dicemmo, ad un regime antidiabetico rigoroso. Ci si accertò così definitivamente che egli anche con una dieta di riposo e priva di idrati di carbonio continuava ad eliminare (nelle 24 ore) 80-90 gr. di zucchero, 80 ctg. di acetone e la glicemia persisteva alta.

Senz'altro abbiamo iniziato il trattamento con l'insulina.

Seguendo lo schema dato dall'Allen, l'a. prestamente fu messo a una dieta ordinaria, cercando cioè di somministrargli un numero di calorie sufficienti nel periodo di lavoro, sviluppate in prevalenza da proteidi e carboidrati, e da pochi grassi.

Dopo una ventina di giorni di cura abbiamo gradualmente sospeso l'insulina, rimettendo l'a. alla dieta basale a cui fu tenuto prima d'iniziare il trattamento. Mentre allora con questa dieta l'a. eliminava 80-90 gr. di zucchero nelle 24 ore, ora invece ne eliminava solo 8-12 gr.

Migliorarono poi di molto le condizioni generali, ripresero le forze, aumentò in circa 20 giorni di 3.500 Kg. di peso, scomparve in modo definitivo l'acetonuria, si ridusse di molto il volume del fegato, e il tasso glicemico scese alla norma.

A meglio illustrare il decorso clinico dei nostri due casi, uniamo le due tabelle con tutti i dati di laboratorio trovati.

È impossibile oggi poter dare un giudizio definitivo sull'efficacia terapeutica dell'insulina; l'esperienza clinica è ancora troppo scarsa.

Tutti gli studiosi del diabete, il Lépine in Francia, Allen e Josslin in America, Noorden in Germania e Lauritzen sono molto riservati sulle conclusioni terapeutiche che finora si possono trarre dall'uso dell'insulina. Tutti sono d'accordo nel ritenerla un'arma di potente efficacia terapeutica nella cura del diabete, non però capace di guarire il diabete.

Rileggendo tutti i più importanti lavori pubblicati sull'argomento, si possono dedurre le seguenti indicazioni come guida sicura nella cura del diabete coll'insulina:

1) L'indicazione più netta e più importante è il coma diabetico; coll'insulina si ottengono brillanti successi. Campbell su 14 casi di coma ebbe due soli casi di morte.

2) Indicazione formale si ha pure nelle forme diabetiche giovanili, che si sa come decorrono malignamente. Con piccole dosi si riuscì a guarire completamente delle forme leggiere e a impedire un peggioramento nelle forme più gravi o a renderle più miti. Allen e Sherill in un giovane di 8 anni con tolleranza di soli 15 gr. di idrati e 1000 calorie, videro salire la tolleranza a 150 gr. e 2000 calorie, mentre il peso aumentò da 14 a 29 chili.

3) L'insulina è pure indicata nelle forme diabetiche gravi degli adulti con grave deperimento organico e glicosuria ribelle alla più rigorosa terapia dietetica. In questi casi non si riesce a guarire la malattia, ma si riesce facendo aumentare la tolleranza per gli idrati a migliorare lo stato generale, a disintossicare l'organismo dall'acidosi minacciante il coma e a ridare all'a. le energie perdute facendolo aumentare di peso.

4) L'insulina è un ottimo sussidio terapeutico nelle nostre mani nei casi di urgenti operazioni nei diabetici.

Fino a pochi anni fa operare un diabetico in casi urgenti voleva dire esporlo quasi a morte sicura; oggi coll'insulina, facendo rapidamente scomparire con dosi forti l'acetone e la glicosuria, la prognosi operativa non è più così cattiva.

5) Di somma efficacia s'è rivelata l'insulina nella cura di certi sintomi diabetici molto molesti all'a. e contemporaneamente molto ribelli alla solita dieta. Il prurito ribelle generalizzato o locale (genitale, vulvare), certe algie diabetiche (sciatica, neuriti, nevralgie), le infezioni diabetiche secondarie (paterecci, foruncolosi, favi) cedono facilmente con una cura ben dosata di insulina.

L'unica vera assoluta controindicazione alla cura insulinica è quella forma di diabete, che va sotto il nome di diabete renale, detta anche diabete innocuo o normoglicemico. In questi casi l'iniezione di insulina non è soltanto controindicata, ma veramente proibita.

Come si sa, il diabete renale è caratterizzato dal contrasto evidente fra l'abbondante glicosuria e il poco elevato quasi normale tasso glicemico.

Una dose anche piccola di insulina potrebbe abbassare improvvisamente il tasso glicemico normale e causare grave e anche mortale reazione ipoglicemica. Ecco perchè è regola assoluta di dosare il valore glicemico prima di praticare un'iniezione di insulina.

Una controindicazione relativa non assoluta è costituita da quelle forme leggere di diabete che si riesce a far guarire con semplice dieta

antidiabetica. Una cura insulinica in questi casi è un lusso inutile non del tutto scevro di pericoli.

Concludendo noi possiamo dire che l'insulina segna un grande progresso nella terapia del diabete. Anche se il suo effetto non è duraturo, noi abbiamo in essa, usandola a intervalli, un mezzo di potente efficacia per combattere la glicosuria, l'iperglicemia, l'acidosi e i più gravi sintomi diabetici; esso è un'arma sicura nella lotta contro il coma diabetico.

P. S. Abbiamo rivisto l'a. n. 1 dopo un mese. Le orine delle 24 ore non contenevano nè zucchero, nè acetone; la glicemia era normale. Durante tutto questo tempo l'a. prendeva 40 gr. di idrati di carbonio al giorno.

TABELLA N. 1.

GIORNO	URINE					Glicemia a digiuno	Insulina		Idrati di carbonio in grammi
	NH_3 in mmgr. %	Quantità	Zucchero in gr. nell'e 24h	Acetone in cgr. nelle 24h	Acido diacetico		Ora	Unità	
29	178	3000	150	900	+++	0.35 %	18	20	50
30	69	2800	80	550	+++	0 29 %	9 12 16 20 24	30 20 25 15 15	150
31	25.10	2700	60	60	++	0.20 %	8 12 18	30 30 20	125
1		2000	70	100	++	0.24 %	8 12 18	20 20 20	100
2	Sospeso il dosaggio perchè somministrato bicarbonato di sodio	1900	55	20	+	0.22 %	8 12 18 22	30 20 25 25	100
3		1950	40	15	+	0.20 %	8 12 18 22	30 20 25 25	100
4		2000	25	10	—	0.19 %	8 12 18	20 20 20	90
5		1800	20	10	—	0.18 %	11 18	25 25	90
6		1670	15	6	—	0 16 %	11 18	20 20	80
7		1600	12	—	—	0 15 %	11 18	15 15	65
8		1500	8	—	—	0.16 %	11 18	12 10	50
9		1520	6	—	—	0.18 %	11	10	50
10		1400	4	—	—	0 14 %	—	—	40
11		1500	7	—	—	0.14 %	—	—	40
12		1540	0	—	—	0.11 %	—	—	20
13		1420	0	—	—	0.11 %	—	—	20
14		1420	5	—	—	0.14 %	—	—	50
15		1460	4	—	—	0.12 %	—	—	50

TABELLA N. 2.

GIORNO	URINE					Glicemia a digiuno	Insulina		Idrati di carbonio in grammi
	NH_3 iu mmgr. %	Quantità	Zucchero in gr. nelle 24h	Acetone in cgr. nelle 24h	Acido diacetico		Ora	Unità	
25	35	2300	110	120	++	0.30 %	—	—	—
26	35	2200	100	100	++	0.28 %	—	—	—
27	34	1800	85	90	++	0.30 %	—	—	—
28	34	2000	85	80	+	0.30 %	—	—	—
29	30	1900	65	60	+	0.28 %	18	20	50
30	26	1800	35	20	+	0.26 %	11 18	15 15	80
31	—	1500	28	20	+	0 22 %	11 18	15 15	100
1	—	1600	22	15	+	0.22 %	11 18	20 20	110
2	24	1200	10	20	+	0.24 %	11 18	25 25	120
3	—	1500	4	10	+	0.24 %	11 18	30 30	120
4	—	800	5	0	+	.20 %	11 18	20 20	100
5	24	1000	3	2	+	0.19 %	11 18	20 15	85
6	—	1200	0	—	—	0.18 %	11 18	20 15	85
7	26	800	1	—	—	0.18 %	11 18	20 15	85
8	—	1200	3	—	—	0.16 %	11 18	20 15	85
9	—	1150	4	—	—	0 15 %	11 18	20 15	85
10	22	1300	6	—	—	0 15 %	11 18	20 15	85
11	—	1150	10	—	—	0.14 %	11 18	20 15	85
12	—	1400	6	—	—	0.11 %	11 18	15 15	70
13	20	1700	4	—	—	0.13 %	11 18	16 10	40
14	—	1300	10	—	—	1.14 %	11 18	14 10	30
15	—	1100	6	—	—	0.13 %	11	16	30
16	20	1150	12	—	—	0.14 %	—	—	—
17	—	1300	8	—	—	0.13 %	—	—	—
18	—	1400	6	—	—	0.14 %	—	—	—

SERVIZI SANITARI.

ISTITUTO ANTIRABICO DI ROMA
diretto dal prof. G. SANARELLI.

Moderna organizzazione di un Istituto antirabico.

L'Istituto antirabico di Roma durante l'ultimo quinquennio.

Dott. VITTORIO PUNTONI, vice-direttore
e professore incaricato di batteriologia.

La grande maggioranza degli Istituti Antirabici italiani ed esteri, adoperano, oggi ancora, l'originale metodo Pasteuriano assolutamente inalterato, oppure modificato con qualche variazione tecnica; ed in genere si può affermare che l'opera degli Istituti Antirabici, dopo 35 o 40 anni di funzionamento, non si è affatto evoluta, anzi si è, per così dire, cristallizzata.

Noi riteniamo tuttavia che oggi l'opera degli Istituti Antirabici possa essere migliorata e debba allargare la cerchia delle sue mansioni, gareggiando in progresso con le tante altre applicazioni immunitarie.

Convinti di questa necessità, nell'Istituto di Roma, da un quinquennio si è intrapreso lo studio pratico di tutte le questioni inerenti alle vacinazioni antirabiche, e già si è raggiunto tale sviluppo e tale perfezionamento da poterlo portare oggi come modello di quanto di più moderno possa essere richiesto nel campo della rabiologia, senza pregiudizio di ulteriori progressi futuri.

Le moderne applicazioni dell'Istituto antirabico di Roma, riguardano tanto il campo medico che quello veterinario.

NEL CAMPO MEDICO. — L'Istituto Antirabico di Roma fino dall'inizio del 1920 ha abbandonato il metodo Pasteuriano.

Per quanto l'umanità debba essere grata a questo metodo che ha dominato durante un trentennio con applicazioni mondiali, ed ha valso a salvare dalla più drammatica delle morti, migliaia di persone, non si può negare che esso abbia degli inconvenienti.

Pur lasciando da parte i casi di rabbia da vaccino, che funestarono le prime applicazioni, e che oggi non sono più da temere, quando si agisca con prudenza, non si può negare che il metodo Pasteuriano abbia il torto di causare paralisi da vaccino ed infezioni secondarie — talora mortali — dovute ai microbi d'infezione agonica e d'inquinamento accidentale, microbi i quali, con una frequenza prima insospettata, inquinano le emulsioni dei midolli (1). Inoltre il metodo di Pasteur non sempre dà risultati curativi molto buoni.

Per ovviare a questi inconvenienti, nell'Istituto Antirabico di Roma, è stato studiato, ed è applicato ormai da quattro anni, un nuovo metodo di vaccinazione, basato sull'azione attenuante progressiva dell'a. fenico, e soddisfacente sotto ogni punto di vista (2).

Studi dello scrivente (3) hanno dimostrato che l'a. fenico all'1 %, in condizioni ben determinate di esperimento, mentre uccide assai presto tutte le forme microbiche vegetative, che possono inquinare le emulsioni vaccinanti, agisce molto lentamente sul *virus rabico*, che attenua gradualmente e distrugge solo dopo 6 giorni circa.

Questo rilievo ha permesso la preparazione di una serie di emulsioni di virus fisso, fenicate all'1 %, la cui virulenza è varia a seconda del tempo di azione dell'acido fenico.

Iniziando la vaccinazione con emulsioni fenicate dell'età di 7 o più giorni, contenenti virus morto, si può proseguire la vaccinazione con emulsioni di 6, 5, 4... giorni, contenenti virus vivo e sempre più virulento, ed arrivare fino alle emulsioni di 1 giorno soltanto, contenenti virus attivissimo.

Viene in tal modo seguito il fondamentale concetto Pasteuriano della preparazione dell'organismo, il solo che permetta razionalmente l'uso dei virus viventi. D'altro lato con l'impiego dell'acido fenico quale agente attenuante, in luogo dell'essiccamento, si assicura praticamente la sterilità delle emusloni da microbi inquinanti e di conseguenza si evitano gli accidenti da infezioni secondarie che talora hanno funestato le cure Pasteuriane (ascessi flemmoni, erisipele, setticemie e piemie mortali). La pratica e l'esperimento hanno inoltre dimostrato la maggiore efficacia del suddetto metodo di fronte al metodo pasteuriano e la innocuità rispetto alla paralisi da vaccino.

Ai suddetti vantaggi di ordine terapeutico se ne aggiungono anche altri di ordine tecnico, come la maggior facilità di preparazione del vaccino, l'economia apportata dall'utilizzazione dei cervelli dei conigli, oltrechè dei midolli, e la possibilità di trasportarli, in casi speciali, anche a domicilio delle persone in cura, senza pericolo di inquinamento, grazie alla presenza del fenolo.

L'Istituto di Roma può infatti eseguire, per le persone che lo richiedano, *le cure a domicilio*, nelle quali vengono inoculati, senza inconvenienti di sorta, i vaccini viventi e graduati, precisamente come per le cure eseguite nell'Istituto.

Dal punto di vista statistico, nel primo biennio di applicazione di questo vaccino, si è avuta una mortalità assai piccola, appena il 0,14 % — notisi bene — per pseudo-insuccessi, mentre non è avvenuto nessun vero insuccesso.

Pel secondo biennio i dati non sono stati ancora completamente raccolti ed elaborati, ma è presumibile che la mortalità oscilli fra il 0.15 % e il 0,20 %, sempre per pseudo-insuccessi.

Tale risultato è già soddisfacentissimo per sè stesso, ma lo diventa ancor più se si pensi che nell'Istituto di Roma il metodo Pasteuriano ha dato, per il passato, oltre l'1 % di mortalità.

Se i vaccini fenicati viventi rappresentano il metodo, per così dire, ideale di vaccinazione antirabica, occorre tuttavia prendere in seria considerazione anche i vaccini fenicati morti (vale a dire con virus completamente ucciso dall'acido fenico), i quali, sebbene meno attivi dei vaccini fenicati viventi, lo sono però sempre più del vaccino Pasteuriano.

La semplicità della loro somministrazione (si inocula durante tutta una cura lo stesso materiale), la inutilità di una preparazione dell'organismo e la possibilità di spedirli e di adoperarli fuori degli Istituti produttori, costituiscono dei preziosi requisiti, i quali in molte contingenze pratiche possono in certo modo compensare la loro minore attività.

Noi abbiamo pensato di utilizzare i vaccini morti all'acido fenico, per istituire delle *sezioni di cura antirabica fuori di Roma*. Tali sezioni, funzionanti con vaccini preparati a Roma, e regolarmente spediti in fiale, potranno trovare fortuna nel momento attuale, in cui le Provincie sono obbligate dalla nuova legge sanitaria, a provvedere alla cura antirabica. Molte Provincie che non potrebbero certamente permettersi il lusso dell'impianto di un Istituto Antirabico completo, troveranno agevolissimo uniformarsi alla nuova legge istituendo una di tali sezioni.

Nel momento attuale l'Istituto di Roma provvede già, con perfetta regolarità e senza inconvenienti, ad una Sezione istituita a Suzzara, dietro accordi presi con la locale Congregazione di Carità. Altre sezioni si trovano in via di impianto con la speranza che al più presto esse si moltiplichino in altre provincie.

Non crediamo invece opportuno il libero commercio dei vaccini antirabici (come da qualcuno è stato proposto) perchè riteniamo che i morsicati debbano sempre essere sottoposti alla vaccinazione, presso un medico specializzato in rabiologia, che conosca profondamente le indicazioni di cura, l'intensità da dare ad essa, e ne possa seguire le vicende con assoluta competenza, ciò che non si può esigere dai medici non specializzati, per la rarità con cui capitano loro casi di morsicature rabiche.

NEL CAMPO VETERINARIO. — Non meno importanti sono state le applicazioni nel campo veterinario.

La diffusione della vaccinazione antirabica nel campo veterinario è subordinata alla possibilità di poterla eseguire a distanza, fuori degli Istituti antirabici. Questo non poteva attuarsi col metodo Pasteuriano nè colle sue modificazioni, per la putrescibilità delle emulsioni vaccinanti.

I vaccini fenicati permettono invece agevolmente la loro spedizione a distanza e possono essere utilizzati sia i *vaccini con virus morto*, sia i *vaccini graduati viventi e stabilizzati con glicerina*. Questi ultimi devono essere adoperati appena allestiti e conservati in ghiacciaia, durante il tempo richiesto dalla vaccinazione, altrimenti il virus è ucciso e divengono allora dei semplici vaccini morti, tuttavia assai efficaci.

Interessante è pure il procedimento di *Autovaccinazione antirabica* (4), proposto dallo scrivente, che consiste nel preparare con il cervello dell'animale rabbioso morsicatore, un vaccino fenicato, col quale vengono trattati gli animali morsicati. Questo procedimento, economico, ed alla portata di qualsiasi laboratorio, può permettere la vaccinazione antirabica in condizioni nelle quali non sia agevole procurarsi un vaccino già allestito. Per l'omologia fra il virus infettante ed il virus vaccinante, questo metodo è di un'efficacia somma. Esso trova le sue basi negli studi dello scrivente sulla pluralità biologica del virus rabico da strada (5).

I vaccini antirabici cosiddetti curativi (preparati cioè per il trattamento di animali morsicati) vengono adoperati con successo tanto nei cani quanto nei grossi erbivori (cavalli e buoi) risparmiando notevoli perdite di bestiame.

In considerazione della notevole sensibilità degli animali verso il virus da strada (assai superiore a quella umana) è consigliabile iniziare la cura prestissimo, specialmente quando si tratti di morsicature alla testa.

Gli insuccessi sono molto rari e riguardano soltanto animali gravemente morsicati al muso e trattati con ritardo. Di norma, quando si arrivi a terminare la vaccinazione, si può ritenere che l'animale sia salvo.

Un'ultima applicazione nel campo veterinario, attuata dall'Istituto Antirabico di Roma

a scopo profilattico è la *vaccinazione preventiva* dei cani, con una modificazione del *vaccino glicero-fenicato giapponese.*

Con tre inoculazioni di questo vaccino si può conferire ai cani una solida immunità, che protegge l'animale perfino dalla iniezione endo-oculare di virus da strada e che pare abbia la durata media di uno o due anni. Sono in corso nuovi studi per ridurre tale vaccinazione a due od anche ad una sola inoculazione, secondo le indicazioni dei giapponesi.

La vaccinazione preventiva è di difficile applicazione sociale, per ragioni economiche ed anche perchè ad essa sfuggirebbero tutti i cani irregolari, non denunciati ed i randagi. Per ora essa è un ottimo mezzo di profilassi individuale che può dare ai detentori di cani la sicurezza contro la poco desiderabile sorpresa di veder esplodere la rabbia nel proprio animale.

CONCLUSIONI.

L'Istituto antirabico di Roma, sorpassando le vecchie consuetudini, ha potuto attuare una serie di perfezionamenti utilissimi nel campo medico ed in quello veterinario.

Nel campo medico ha adottato il metodo delle emulsioni fenicate a crescente virulenza, di un'altissima efficacia congiunta alla massima sicurezza ed al minimo di inconvenienti. Tale metodo è praticabile anche a domicilio dei morsicati.

Con la preparazione dei vaccini fenicati morti si è poi reso possibile il funzionamento di sezioni antirabiche distaccate, operanti a distanza, con notevole economia e con grande comodità.

Nel campo veterinario vengono preparati vaccini curativi, autovaccini e vaccini preventivi.

BIBLIOGRAFIA.

1. Remlinger. Arch. de l'Inst. Pasteur de l'Afrique du Nord, T. III, 1923, n. 2. — Kühne. Zeitschr. f. Hyg., T. XCI, 1920, p. 372. — Lubinski. Centr. f. Bakt., I Abt., Origin., T. LXXXVII.
2. Puntoni. Annali d'Igiene, 1921.
3. Puntoni. *Ibidem*, 1919.
4. Puntoni. *Ibidem*, 1923.
5. Puntoni. *Ibidem*, 1921 e 1923.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale Civile G. B. Morgagni - Forlì.
Sezione med. diretta dal prof. P. Stefanelli.

Considerazioni sulla reazione Sgambati.

Dott. Pio Pantaleoni, aiuto.

Fin dal 1920 lo Sgambati rese pubblica una reazione sulle orine che chiamò specifica delle affezioni peritoneali. Se ne è parlato in seguito nei Congressi di chirurgia del 1921 e 1922 dallo Sgambati stesso e da altri (specie della clinica chirurgica di Roma). Il Solieri ne parla con entusiasmo nel *Policlinico* (Sezione pratica, n. 20, 1922). Il dott. Marcialis, assistente nell'Ospedale Civile di Sassari, pubblicò un suo lavoro sulla reazione dello Sgambati confermando l'importanza e la fedeltà del suo significato clinico, però la mette in rapporto con l'indacanuria. Il dott. Timossi, dell'Ospedale S. Andrea di Genova, ritiene stia in rapporto con uno stato di stercoremia (*Minerva Medica*, maggio 1923). Lo Sgambati ha ribadito tale concetto sostenendo che la sua reazione non ha alcun rapporto con le sostanze indicate da tali ricercatori.

La tecnica per la reazione dello Sgambati è semplicissima ed ormai a tutti nota. Non ripeto qui le modalità della reazione perchè egli stesso le ha descritte fin dal 1920 e si possono leggere nel *Policlinico* (Sezione pratica, n. 9, 1920), come nei resoconti del XXVIII Congresso di Chirurgia.

La reazione va fatta sopra orine fresche e non conservate con alcuna sostanza antiputrida nè trattate con reattivi.

È indispensabile che l'acido nitrico sia puro (concentrato) cioè privo di impurità (cloro, acido cloridrico, acido solforico, solfato di sodio, acido iodico, acqua, arsenico) e non sia alterato perchè se è divenuto ritroso (di color giallo, fumante con odore di ipoazotide) non dà la reazione o la dà meno evidente. La reazione è sensibilissima e il cromogeno esiste in minima quantità anche nelle orine normali onde è bene, se il peso specifico è maggiore di 1018 di riportarle alla densità normale. Lo Sgambati è riuscito anche ad avere il cromogeno cristallizzato ma la sua natura chimica ancora non è stata identificata. Egli sostiene che non ha nulla a che fare con altri cromogeni delle orine (come l'indacano, lo scatolo, i pigmenti biliari, ecc.). Nelle orine itteriche con l'acido nitrico si può avere una colorazione bruna che maschera la reazione di Sgambati, ma con l'estrazione col cloroformio si toglie ogni dubbio. Bastianelli conferma la grande sensibilità della reazione che con le sue gradazioni risponde, secondo l'autore, ai

vari stadi della peritonite. Chiasserini crede che la reazione possa essere troppo sensibile. Marcialis ritiene utile dividere la reazione in due tempi: il primo tempo è costituito dalla comparsa dell'anello bleu grigio scuro che si forma nelle orine in seguito all'aggiunta dell'acido nitrico; il secondo tempo è il decisivo ed è costituito dalla comparsa del colore rosso rubino che assume il cloroformio dopo la decantazione. Egli ritiene che il primo tempo della reazione sia troppo sensibile e non specifico delle infezioni peritoneali acute avendolo osservato nelle più svariate affezioni e stando in rapporto con l'indolo delle orine che si trasforma in indacano in presenza di sostanza ossidante come l'acido nitrico. Il secondo tempo della reazione sarebbe patognomonico delle infezioni peritoneali acute ed avrebbe un alto valore prognostico giacchè l'intensità della reazione diminuisce col migliorare dei sintomi peritonitici e scompare in tutto non appena è spento il processo flogistico pèritoneale; aumenta se i sintomi peritonitici accennano a peggiorare.

Da due anni io sto eseguendo la reazione dello Sgambati nelle orine delle più svariate malattie facendo contemporaneamente la ricerca di altri caratteri delle orine: colore, densità, presenza o meno di pigmenti biliari urobilina, indacano od altre sostanze accidentali. Ho eseguito la reazione in casi di malattie febbrili acute (polmonite, pleurite, meningite, reumatismo articolare, tubercolosi, gastro-enterite acuta, tifo, peritoniti, polisierositi, ecc.), sia nello stadio cronico di malattie acute o di malattie apiretiche (carcinoma ulcera gastrica, ernia, occlusione intestinale, dissenteria, appendicite, con o senza peritonite cronica, affezioni annessiali, ecc.).

A proposito nel tifo debbo fare notare che ho eseguito la reazione in una sessantina di casi facendo la prova per ogni singolo ammalato nel periodo iniziale della malattia e nei giorni seguenti quotidianamente od ogni due o tre giorni a secondo del decorso clinico, fino al termine del male, facendo controlli ripetuti tra il comportarsi della reazione e il decorso clinico dell'affezione intestinale per vedere di sorprendere qualche eventuale lesione del peritoneo specie nel periodo perforativo della infezione eberthiana. Debbo notare che il primo tempo della reazione fu quasi sempre positiva nel periodo febbrile della malattia e di intensità varia a seconda della quantità e della tonalità di colore dell'indacano. In cinque casi di tifo addominale (due nella seconda settimana di malattia e tre nella terza) con sintomi clinici evidenti di peritonismo la reazione dello Sgambati fu lievemente positiva (primo e secondo tempo) mentre in due casi di tifo complicato a grave enterorragia con peritonite da perforazione la reazione dello Sgambati divenne fortemente positiva subito dopo l'emorragia, mentre nei giorni precedenti (periodo preperforativo) non se ne ebbe alcun accenno; e in uno di essi la reazione divenne poi sempre più attenuata e quasi negativa dopo alcuni giorni mentre la paziente peggiorava e veniva a morte.

In questi casi, è vero, il comportamento dell'indacano non fu sempre fedelmente costante per intensità di reazione nè per nuance di colore; però si sa che l'indacano ha una scala altissima di tinte che vanno dal bleu pallido all'azzurro intenso, scuro e a volte roseo o rosso cinabro (indaco rosso): ebbene in questi casi di tifo con perforazione intestinale e peritonite e reazione dello Sgambati positiva, l'indacano aveva sempre una tinta rosea e lasciando a sè la provetta della reazione per qualche ora il fondo roseo dell'estratto cloroformio diveniva sempre più evidente. In questi casi eseguendo la reazione di Rossembach per l'indaco rosso ottenevo sempre una colorazione rosso borgogna caratteristica. Ho eseguita la reazione in vari casi di stipsi ostinata, di diarrea comune, e di dissenteria: in tutti i casi il primo tempo della reazione dello Sgambati era positiva, il secondo tempo o negativo o lievemente positivo; in due casi di enterite dissenteriforme senza alcun sintomo clinico di peritonite (senza febbre nè vomito, singhiozzo, polso piccolo, dolorabilità spontanea o provocabile all'addome, ecc.) la reazione dello Sgambati fu chiaramente positiva (primo e secondo tempo) nel periodo acuto del male, salvo a scomparire dopo qualche giorno coll'attenuarsi dell'affezione intestinale: ebbene in tutte e due i casi anche la reazione di Rosembach per l'indaco rosso era positiva. In questi casi ho sempre eliminato il dubbio che il paziente avesse fatto cure iodiche trattando l'estratto cloroformico con tio-solfato sodico. Ultimamente abbiamo avuto in Sezione un caso di avvelenamento acuto da funghi: il paziente dopo poco ore dal pasto vien portato in ospedale in preda a disturbi nervosi generici e a grave gastro-enterite acuta (vomito insistente, dolori acutissimi alla regione gastrica, scariche diarroiche sanguinolenti, febbre); dopo 12 ore il paziente si sente meglio, la reazione dello Sgambati è positivissima (primo e secondo tempo): ricerca dell'indacano positiva; reazione di Rosembach positiva. Dopo due giorni il paziente vien dimesso completamente ristabilito.

Da qualche giorno abbiamo in Sezione un ammalato con diagnosi clinica sicurissima di

peritonite ad inizio acuto da enterite tubercolare (dolorabilità dell'addome, vomito, diarree, febbre, polso piccolo, ecc.) ed anche in questo caso alla positività della reazione dello Sgambati corrisponde quella pure evidente dell'indaco.

Ho eseguito la reazione anche in alcuni casi di laparotomia esplorativa ed ho notato che anche dopo varie manipolazioni sul peritoneo, la reazione era negativa, se in antecedenza non era compromesso l'intestino.

CONCLUSIONI.

1) È bene distinguere nella reazione dello Sgambati due tempi secondo le indicazioni di Marcialis.

2) Il primo tempo della reazione dello Sgambati è troppo sensibile ed è impossibile poter dare valore clinico ad una nuance di colore così tenue tra il bleu dell'anello avvenuto nelle orine trattate coll'acido nitrico e quello ottenuto coll'acido cloridrico (reazione di Jaffè): esso è l'indice di un diverso grado di ossidazione delle sostanze aromatiche originate dalla putrefazione intestinale dei proteici. Essa infatti è chiarissima nelle lesioni peritoneali acute di origine intestinale (peritonite ed appendicite, da perforazione intestinale per ulceri o lesioni traumatiche, ferite d'arma da fuoco, ecc.) molto meno chiara o negativa nelle peritoniti da annessite se non è compromesso l'intestino.

3) Il secondo tempo della reazione dello Sgambati è meno frequente del primo ed è l'indice di un particolare stadio dei cromogeni delle orine che si svelano nei peritonitici in quanto e specialmente, perchè sono offesi nelle funzioni intestinali (virulentazione acuta dei germi comuni dell'intestino o di altri germi patogeni importati).

4) La reazione dello Sgambati positiva è l'indice di una lesione acuta dell'intestino con o senza contemporanea lesione del peritoneo. Occorre che il processo iniziale sia acuto; permanendo a lungo la causa l'individuo finisce per adattarsi e la reazione può farsi insensibile o quasi, onde se la lesione primitiva si è determinata lentamente la Sgambati è negativa.

La reazione in esame viene quindi a perdere ogni valore clinico sia di *specificità* in quanto si ha anche senza lesione peritoneale, sia di *sussidio diagnostico* perchè è positiva proprio quando tutti i segni clinici di peritonite sono chiari ed è evidente il rapporto di origine da lesione intestinale; non è utile per farci svelare l'inizio subdolo di una lesione del peritoneo perchè per manifestarsi è necessario un fatto acuto. Ciò spiega anche perchè lo Sgambati non trovava positiva la sua reazione nelle peritoniti tubercolari ad inizio lento (le più frequenti), mentre nelle peritoniti tubercolari che si iniziano con fatti di maggiore acutezza la reazione può essere positiva. Si tratta quindi di una *reazione cromatica* delle orine che dipende dal mezzo ossidante usato e dalla produzione rapida dei prodotti aromatici che si svelano anche colla reazione di Jaffè e di Rosembach. Non si può dare ad essa alcun valore per la decisione o meno di un intervento grave quale è la laparotomia in individui già per sè stessi in condizioni gravi.

LETTERATURA.

Policlinico, Sez. pratica, n. 9, marzo 1920.
Riforma medica, 1920, pag. 649; 1921, pag. 1080.
Atti del XXVIII Congresso della Società Italiana di chirurgia, 1921.
Atti del XXIX Congresso chirurgico del 1922.
SOLIERI. Policlinico, Sez. pratica. 1922, n. 20.
M. MARCIALIS. Biochimica e terapia sperimentale; fasc. IV, 30 aprile 1922.
TIMOSSI. Minerva medica, aprile 1923.
Policlinico, Sez. pratica, 1923, n. 38, 40, 47.

SUNTI E RASSEGNE.

UROLOGIA.

Nefrectomia dopo i dati del cateterismo ureterale e nefrectomia nella costante.

(G. MARION. *La Presse Médicale*, 16 maggio 1923).

Nell'apprezzamento delle lesioni di ambedue i reni come della capacità funzionale di un rene sano, che deve supplire un rene malato se l'ablazione di questo vien riconosciuta indispensabile, due metodi sono propugnati: il risultato del cateterismo ureterale e i valori delle cifre della costante di Ambard.

A) *Nefrectomia dopo i risultati del cateterismo ureterale.*

I. *Il cateterismo ureterale per le vie naturali* offre la possibilità di un esame cito-batteriologico e chimico delle urine ricavate. Ottenuti quindi i dati cito-batteriologici, si può valutare la quantità di urina ottenuta nelle due ore da due reni separatamente, e dalla quantità di urea così ottenuta computare la urea per litro di urina; altrettanto dicasi dei cloruri. Si può così individualizzare il rene ammalato e giudicare la potenzialità funzionale del rene sano, il quale secondo la scuola di Abbarran deve eliminare in due ore almeno gr. 0.75 di urea.

Se nessuno contesta l'importanza dell'esame cito-batteriologico, i risultati dell'esame

chimico delle urine ottenute col cateterismo ureterale dai partigiani della nefrectomia sulla costante vengono sminuiti di valore, perchè dicono:

1) Gli esami sono falsati dal funzionamento delle sonde o della sonda ureterale difettoso. A ciò si può rispondere che quando la raccolta delle urine dal rene sano è insufficiente, alla prima sonda si può sostituire una seconda sonda di maggiore diametro, e dopo di ciò essendosi cateterizzato anche il rene ammalato, se si lascia una sonda in vescica l'urina che quivi si raccoglie può solo venire da un terzo rene.

2) Perchè l'eliminazione ureica può essere influenzata considerevolmente dall'azotemia, la quale, essendo alta, può causare una forte quantità di urea nelle 2 ore, pur essendo il rene, che riteniamo sano, in esame insufficiente. Da questo rarissimo incidente si è messi in guardia dagli esami complementari: dosaggio dell'urea nel sangue, determinazione della costante, prova della concentrazione massima, prova della poliuria acquosa ed ureica, prova della sulfofenolftaleina. Basta un solo di tali esami complementari, e Marion usa quasi sempre l'ultima.

3) Per la inibizione del rene sano sotto la influenza del cateterismo ureterale. Essendo nota tale possibilità si ripete, ove ci occorra, il cateterismo del rene sano, praticando contemporaneamente quello del rene ammalato, ed anche quando la inibizione si ripeta la prova della sulfofenolftaleina sia sulle urine totali sia sulle urine separatamente.

II. *Se il cateterismo per le vie naturali è impossibile* per tubercolosi reno-vescicali si può praticare il cateterismo a vescica aperta che: 1) secondo alcuni è impossibile, ma secondo Marion è sempre possibile e da lui costantemente è praticato; 2) può lasciare una fistola vescicale, meno molesta, secondo Marion, delle urinazioni dolorose, ripetute ogni 5 minuti o anche perdita delle urine; 3) la fistola può essere interminabile, ma solo fino a quando, non si elimina la causa renale, facendo qualche cosa sul rene ammalato.

Del resto Marion non consiglia di praticare il cateterismo ureterale a vescica aperta in tutti gli ammalati inesplorabili per le vie naturali, ma utilizzata la costante e la prova della sulfofenolftaleina, se queste furono soddisfacenti scopre la vescica, se no si astiene, essendo accertato che i due reni siano lesi.

B) *Nefrectomia sulla costante.*

I. Se il cateterismo per le vie naturali è possibile, tutti riconoscono il grande vantaggio nel poter individualizzare il lato ammalato, desumendo poi, dalla costante, i partigiani di essa, la potenzialità funzionale del rene sano. M. obbietta che la costante dipende dal valore dei due reni e che nulla può far provare che la costante buona sia dovuta al rene sano, come in un caso da lui occorso, nel quale nel lato che si riteneva sano vi era un rene atrofico.

1) Contro l'asserzione di Quénu, che l'esame funzionale di 2 ore non possa dare valori assoluti sulla funzione di un rene, Marion fa notare che proprio alla costante si può rimproverare di dare unicamente il valore funzionale renale dei due reni a un dato momento senza che permetta di dire se il rene sano sia capace di sostituire il rene ammalato.

2) Il paragone delle cifre ottenute con le urine dei due reni, malgrado l'assenza dei bacilli e la negatività di inoculazioni ripetute, può, avendosi pus e deficienza considerevole del rene ammalato di fronte al rene sano, far affermare l'esistenza di lesioni tubercolari se si è potuto eliminare l'idropionefrosi.

II. Se il cateterismo ureterale per vie naturali è spesso impossibile la determinazione della costante è ugualmente impossibile in casi di cloruremia, oliguria, febbri, giovinezza ed altre condizioni ancora non troppo note. È inesatto dire anche che con le prove con le sostanze coloranti si conoscano le quantità eliminate non le quantità circolanti nel sangue, le quali sono quelle somministrate con l'iniezione.

1) Nonostante della norma di costante con limite di operabilità a 0.1, l'aver ottenuto risultati operatorii buoni anche a 0.2, vuol dire che la costante non abbia importanza per la nefrectomia.

2) Quanto alla diagnosi del lato affetto Quénu stesso sostiene che la lombotomia esploratrice è l'unica risorsa, quando tutti gli altri sintomi subbiettivi ed obbiettivi sono incerti.

Le critiche alla nefrectomia sulla costante sono:

1) Di rischiare di operare degli ammalati che non ne abbiano bisogno o nei quali sia controindicata la operazione, per lesioni bilaterali iniziali, le quali pur tuttavia diano una buona costante.

2) Di rischiare di non operare tutti gli ammalati con costante cattiva, i quali possano essere operati per la capacità funzionale del rene sano.

3) Basandosi sulla costante in casi di rene grosso congenito o da ipertrofia compensatrice o sano, con riflessi reno-renali nel lato sano, si può non operare quando non esista

alcuna controindicazione funzionale dal lato ammalato.

4) Per riconoscere il lato ammalato, dovendo ricorrere alla lombotomia esploratrice sistematicamente, si espone a pronostici operatorii immediati più gravi; si danneggia il rene sano con la rottura della capsula renale e con la rottura dell'arteria del polo superiore; non si ottengono sempre dati sufficienti, anche quando si proceda all'incisione del rene. Marion attesta che in tutte le nefrectomie praticate dopo esplorazione dei reni mediante cateterismo ureterale in un solo ammalato si ebbe la morte per insufficienza renale; mai morte per anuria dopo nefrectomia conseguente a cateterismo ureterale ottennero numerosi altri urologi. L'aver ottenuto il 3.8 % di mortalità con il cateterismo e il 3.4 % con la costante Quénu dimostra l'insufficienza del 2° metodo, il quale adoperato anche da altri urologi è stato causa di più numerosi insuccessi operatorii.

Riassumendo, Marion sostiene che allorquando il cateterismo ureterale è possibile lo si integra con la ricerca della costante, della sulfofenolftaleina, della poliuria, della concentrazione massima; quando il cateterismo ureterale è impossibile per via naturale per assicurarsi della funzione del rene che resta, più che ricorrere alla lombotomia esplorativa è utile il cateterismo ureterale a vescica aperta, preceduto dalla ricerca della costante, la quale da sola è infida.

Afferma che se tuttavia il cateterismo ureterale per le vie naturali è impossibile esiste un numero più considerevole di casi nei quali è impossibile di stabilire una costante in ragione delle condizioni nelle quali si trovano i soggetti.

JURA.

Salpingografia d'una piosalpinge fistolizzata nella vescica - Instillazioni intratubariche. transvescicali di nitrato d'argento.

(DUVERGEY. *Journal d'Urologie*).

La paziente è una donna di 34 anni, con ereditarietà ed anamnesi remota negativa.

All'improvviso le urine si fecero dense e torbide e si manifestò leucorrea giallo-verdastra, senza dolori addominali. Le furono praticate lavande vescicali al Ag^2 NO^3 senza alcun risultato.

Al suo ingresso all'Ospedale, praticata un'esplorazione vaginale, si notò come l'utero fosse fisso per processi infiammatori, gli annessi aumentati di volume specie il destro. L'esame rettale dà l'identico reperto. L'esplorazione dei reni e degli ureteri non fa rilevare nulla di anormale.

L'esame delle urine fece notare presenza di albumina, piuria da polinucleati, azotomia gr. 0.65. Praticata la cistoscopia si notò che la capacità vescicale era di 80 cc. La vescica si presentava arrossata, molto vascolarizzata e sensibile.

L'orificio dell'uretere sinistro era sano permettendo l'introduzione di una sonda n. 14 che risale facilmente fino al bacinetto. L'orificio destro era molto piccolo e non potè essere cateterizzato.

Al di dietro del muscolo intraureterale, la parete vescicale si presentava irregolare, edematosa, e a circa 2 cm. dietro l'imbocco dell'uretere destro si rilevava assai difficilmente essendo tale zona vescicale male illuminata un orificio dal quale non fuoriesciva nulla, e che si riusciva a cateterizzare per circa 4 cm.

Si fecero lavande vescicali per circa 5 giorni quando comparve una intensa diarrea che fu vinta immediatamente con l'iniezione di 1/2 cc. di una soluzione al 50 % di cloruro di calcio.

Dopo 20 giorni la cistoradiografia con bromuro di sodio al 30 % fece rilevare sul lato destro della vescica un tragitto di qualche centimetro di lunghezza che conduceva in una cavità.

Praticato il cateterismo dell'orificio anormale la sonda penetrava sempre solamente per 4 cm.; si iniettano 5 cm. di bromuro di sodio e si fa la *salpingografia*. Con la sonda ureterale si instillano lentamente nella tromba destra per via vescicale 4 cm. di Nitrato d'Argento all'1 %.

Dopo questa 1ª instillazione si notò accentuato miglioramento, il pus non comparve nelle urine. Le turbe vescicali si attenuarono non poco e le lesioni annesiali presentarono un volume di molto diminuito.

Dopo 6 giorni, fatta nuovamente la cistoscopia, si vide che l'orificio di comunicazione delle trombe con la vescica sembrava chiuso, e non era possibile cateterismo.

Passati 14 giorni gli annessi erano di molto ridotti: non vi erano dolori, le minzioni non erano frequenti e l'urinazione oscillava da 1000 a 1500 cc. nelle 24 ore.

T. LAURENTI.

I risultati anatomici e funzionali dell'uranostafilorafia mediante i processi classici.

(VEAN e RUPPE. *Revue de Chirurgie*).

Gli AA. riferiscono i risultati anatomici e funzionali immediati e lontani di 89 bambini operati da Ialaquier e da loro stessi di uranostafilorafia coi metodi classici e indagano le cause dei frequenti insuccessi specialmente funzionali.

Circa i *risultati immediati* notano che degli 89 bambini 83 sono stati operati col metodo Baizean-Langenbech-Trelat e 6 col metodo Arbuthnot Lane.

Di questi infermi hanno notizie complete di solo 76 e di questi soltanto si occupano.

Nell'esame di detti infermi si osserva: guarigione anatomica completa, con un solo intervento, in 37 casi cioè nel 48 %: con uno o più interventi come segue:

guarigione anat. completa in 56, cioè 74 per cento; guarigione anat. incompleta in 18, di cui tre ancora in cura; insuccesso totale in 2.

Ricordando i risultati di altre statistiche si osserva:

in quella di Broca (1894), su 25 operati, il 72 % di guarigioni. Nell'altra (1904) su 59 operati l'85,5 % di successo;

in quella di Ehrmann (1901) su 85 casi con operazione in un tempo 82 % di guarigione, su 41 casi con operazione in due tempi 70 % di guarigione;

in quella di Ranzi e Sultan (1903) su 105 operati il 66 % di guarigione;

in quella di Blakeway (1904) su 200 operati da 12 chirurghi con processo Baizean Langenbech il 48 % di successo.

In quella di Monnier (1921) su 90 operati il 72 % di successo.

Quindi in generale si rivelano dei buoni risultati anatomici, che subiscono un abbassamento presso gli inglesi.

Questi buoni risultati son dovuti specialmente ai perfezionamenti di tecnica del Trelat, che costituiscono un progresso nella chirurgia della deformità.

Circa i *risultati lontani* gli AA. si fondano su 40 dei suddetti pazienti che hanno potuto riesaminare direttamente e tralasciano gli altri di cui hanno notizie per corrispondenza dalla provincia; e distinguono questi risultati in anatomici e funzionali.

I *risultati anatomici* lasciano una penosa impressione poichè gli AA. hanno constatato:

In 11 un buon palato molle esteso fino ad 1 cm. dal faringe e mobile, 27 %.

In 20 cattivo palato molle corto e immobile, 50 %.

In 9 palato molle incompleto o nullo, 22 %.

Quindi un buon palato molle su 4 operati.

I *risultati funzionali* non lasciano impressione meno penosa. Negli operati generalmente si riscontrano 2 generi di disturbi:

a) Disturbi nell'articolazione delle lettere, che colpiscono non le vocali ma le consonanti e principalmente le b, p, d, t, q.

b) Disturbi nel timbro, che generalmente consistono in rinolalia aperta.

Questi disturbi coesistono nell'operato con gravità varia e non in rapporto diretto con lo stato anatomico apparente. D'altra parte anche prima dell'operazione i bambini presentano detti disturbi in maniera diversa anche a condizioni anatomiche apparentemente uguali. Quindi sembra che l'esito fonetico sia in rapporto con lo stato fonetico preesistente.

Dal punto di vista dei risultati fonetici la maggioranza degli AA. (Broca, Trelat, ecc.) non dà importanza al risultato anatomico ma all'educazione postoperatoria.

Viceversa Ehrmann e Delbert danno importanza al risultato anatomico e il Delbet ancora alla facoltà fonetica preesistente.

Relativamente a questa quistione gli AA. osservano sui loro 40 pazienti che:

in 24 si ha cattiva pronunzia, cioè nel 60 %;

in 6 miglioramento con l'educazione, cioè nel 15 %;

in 10 miglioramento rapido fino al normale, cioè nel 25 %.

Mettendo in rapporto lo stato anatomico con la fonazione:

Buon palato molle: buona parola 10; cattiva parola 1.

Cattivo palato molle: miglioramento per educazione 4; cattiva parola 16.

Incompleto palato molle: miglioramento per educazione 2; cattiva parola 7.

Quindi risulta evidente il rapporto fra buone condizioni anatomiche e buona parola.

Inoltre, quando si ottiene un buon palato la parola con l'educazione migliora rapidamente fino a linguaggio normale dentro un anno; mentre invece, quando si ottiene un cattivo palato con l'educazione se si ha miglioria, questa si ottiene lentamente in 3-4 anni per fenomeni di supplenza e non si raggiunge la norma.

Questi risultati poco confortanti secondo gli AA. si debbono attribuire ai vari processi operatorii, poichè le condizioni anatomiche della deformità da correggere son tali che è sempre possibile un buon esito.

Le principali cause dell'insuccesso sono: la infezione, la retrazione cicatriziale, la sezione dei muscoli.

Circa *l'infezione* è da notare, che nella bocca e nella cavità nasale non si può pretendere una rigorosa asepsi, perciò non sono consigliabili superficii cruente lungamente esposte all'infezione.

Nel processo Trelat invece, che è il più usato, abbiamo una grande superficie cruenta a forma di croce sul pavimento delle fosse na-

sali, che per posizione è esposta a infezione esogena e endogena e a ristagno.

Perciò essa fatalmente va incontro a flogosi, causa del frequentissimo rammollimento della sutura mediana tra palato duro e molle.

Questo rammollimento non è dovuto a trazione del peristafilano interno perchè esso si inserisce più indietro.

Inoltre in detto processo l'infezione e il rammollimento sono favoriti dalla costante lesione dell'arteria palatina discendente, che ci rappresenta la principale fonte di nutrizione. Sicchè, mancando, mette in condizioni di difetto nutritizio specie i punti più lontani fra cui sono quelli dell'unione del palato duro col molle.

Nè giova fare le incisioni più in fuori possibile per risparmiare l'arteria, perchè non sono le incisioni che la ledono ma lo scollamento dei lembi.

Quindi l'infezione è il principale inconveniente del processo Trelat.

La *retrazione cicatriziale* va distinta in *normale* e *accidentale*.

La retrazione normale è quella dovuta alla curvatura che prende il lembo per adattarsi al pavimento delle fosse nasali, e alla retrazione del connettivo della superficie che lungamente resta scoperto di epitelio in detto pavimento.

La retrazione accidentale è quella dovuta alla guarigione in seguito all'uso di mezzi cruenti o caustici per riparare la scontinuità che si suole formare fra palato duro e molle.

Entrambi queste retrazioni, avendo punto fisso in avanti nel palato duro, producono un accorciamento del molle e quindi il suo allontanamento dal faringe. Contro questa forza non vale la retrazione in senso opposto esercitata dal peristafilino.

Queste retrazioni sono costanti nel processo Trelat, che perciò dà palati molli brevi.

Circa la *sezione dei muscoli* gli AA. osservano con esame clinico ed anatomico (in 3 casi) che nel palato molle deforme esistono sempre tutti i muscoli e cioè lo stafilino interno, il faringo stafilino, il glasso stafilino e persino l'azigos.

D'altra parte notano, che questi muscoli sono indispensabili per la motilità del palato molle e per la sua funzione.

Viceversa tutti gli AA., ossessionati dal timore della trazione che detti muscoli possono esercitare sulla sutura mediana, si sono ostinati ad interromperli e hanno escogitato metodi che meglio possano garantirne l'interruzione.

A sì grave errore intanto non ripara la natura, poichè non è facile il ristabilimento della continuità di detti muscoli essendo provvisti di guaine assai tenui.

Da questo punto di vista i buoni risultati di palati mobili coi metodi classici sono dovuti a fortunosa incompleta sezione muscolare.

Per la conservazione di detti muscoli invece sono preferibili i metodi anatomici di Ambrédanne e di Thomson.

Sicchè sezionare i muscoli del palato molle, indispensabili per la sua funzione, è il più grave errore che il chirurgo possa commettere.

Onde precetti di buona tecnica sono:

1) Non lasciare superficii cruenti nasali e ciò si può suturando sul lembo a ponte la mucosa nasale, la quale si lascia scollare facilmente.

2) Conservare la totalità degli elementi contrattili del palato molle e se essi tirano nella sutura, trarre più forte possibilmente con fili d'argento a tutto spessore.

In conclusione gli AA. nei loro 76 operati di uranostafilorafia con processi classici osservano:

Il 74 % di successi anatomici completi, e il 25 % di successi funzionali completi.

La causa anatomica degli insuccessi funzionali sta nella brevità e nella rigidità del palato molle, che nei detti processi sono cagionate dalla larga superficie cruenta nasale fatalmente esposta a infezione e a retrazione cicatriziale e dalla sezione dei muscoli per evitare trazione.

S. GUSSIO.

MEDICINA SOCIALE.

Sulle indicazioni sociali alla provocazione dell'aborto.

(BERTINO. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*).

Se tutti sono concordi nell'ammettere il principio della morale cattolica che l'animazione del feto avviene nel momento stesso del concepimento, nessun dubbio vi può essere sulla importanza della sua esistenza in qualsiasi epoca della gravidanza. Ma possono insorgere delle condizioni morbose nell'organismo materno, per cui si rende indispensabile la soppressione di questo nuovo essere.

Gravi sono le difficoltà che si presentano alla mente dello ostetrico, la cui coscienza deve decidere senza esitazione e senza dannose aspettative una linea di condotta.

Non vi sono delle regole fisse, ma delle norme, fonte di dissensi e d'incertezze, che rendono il giudizio quanto mai oscillante. Si aspetterebbe una parola di conforto dalle consuetudini e dalla legge, ma queste si chiudono in un campo ristrettissimo, e, quasi a modo di

enunciazione, dicono che la provocazione dell'aborto è permessa quando v'è un pericolo per la madre e non vi può essere altro mezzo per rimuoverlo.

Nessuno accenno è fatto alle conseguenze prossime e lontane sull'organismo della madre, la cui importanza economica e sociale è di gran lunga superiore, specialmente se responsabile di numerosi figli, fisicamente minorata e in lotta continua con le difficoltà quotidiane. L'esempio in questo senso dei codici tedesco e svizzero riveste un carattere di grande importanza.

Se fin qui, pur rimanendo nei limiti dell'aborto terapeutico, ove l'elemento — società — entra in linea secondaria, molti sono gli ostacoli che bisogna superare per appianare ogni singola questione, vivissimi si determinano i contrasti, quando si entra nel campo delle indicazioni prettamente sociali. Non è più allo interesse della madre che bisogna guardare, ma al danno e al pericolo che possono derivare al nascituro, alla famiglia, alla società, all'avvenire della razza.

La questione dei figli, nati da donne violentate dai soldati invasori, appassionò la Francia e il Belgio e successivamente l'Italia. Alle discussioni, iniziate in Francia da uomini politici, parteciparono ostetrici, giuristi, pensatori, letterati e persino religiosi.

La vecchia tesi del diritto della donna alla libera elezione di chi debba essere il padre del frutto delle proprie viscere parve trionfare. «Il diritto dell'embrione alla vita, si disse, emana dalla volontà dei portatori di ciascuno dei due germi, di cui esso è costituito al momento del concepimento».

Il Bossi intanto in Italia riguardava e discuteva il problema dal punto di vista psichico individuale e da quello eugenetico. Non è il destino delle povere violentate che desta preoccupazioni quanto l'esistenza d'un prodotto fisicamente misero con le stigmate della degenerazione; frutto queste del perturbamento delle condizioni psichiche della madre, dallo stato di ebbrezza o per lo meno di eccitazione morbosa insana e bestiale del procreatore.

I sostenitori dell'aborto si trovarono di fronte a degli strenui oppositori, mentre una parte moderata consigliava una sufficiente protezione delle donne violentate e che i nati da esse venissero confusi con gli altri illeggittimi in modo da nascondere il loro marchio d'origine.

La società, e per essa lo Stato, avrebbe dovuto assumersene la responsabilità con pieno diritto di vita o di morte sui poveri nati, secondo alcuni.

La questione s'assopì con la cessazione della guerra, e, solo qualche volta, accenna a risorgere, nei casi di violenza carnale.

Il problema però rimane sempre vivo nei riguardi delle procreazioni malsane, per i nati, cioè, da genitori fisicamente e psichicamente tarati: alcoolisti, sifilitici, tubercolotici, delinquenti, psicopatici.

È ovvio il danno che ne deriva alla società, e le preoccupazioni, dovute alla coscienza del pericolo, non sono nè lievi nè poche; ma a quali rimedii ricorrere?

La soppressione nel grembo materno di tali esseri ripugna, anche perchè non cessa di costituire un atto criminoso, e l'interdizione del matrimonio tra individui tarati, con la visita prenuziale, non apporta che ad un aumento delle unioni illeggittime. L'asessualizzazione poi non è da porre neanche in discussione per la grave violazione della libertà individuale e per tutte le conseguenze nei rapporti di due esseri, che potrebbero in molti casi, migliorando le proprie condizioni di salute, essere desiderosi di prole.

Essa può essere riservata solo per quegl'individui che vi si sottopongano liberamente e coscientemente.

L'unico mezzo che rimane nelle nostre mani è l'adozione delle pratiche anticoncezionali, di cui il medico dovrebbe farsi promotore e divulgatore. Esse, in circostanze bene valutate, non costituiscono un atto immorale nè abbassano la dignità professionale. È un fine superiore che domina la condotta del sanitario, la quale non dovrebbe essere neanche influenzata dalle conseguenze dannose sull'organismo materno. Che possono esse rappresentare di fronte a tutto il danno che ne deriva alla società? Dolorosamente però non possediamo mezzi sicuri ed adeguati allo scopo e molti non si rassegnano alla rinunzia delle gioie della figliolanza.

COLISTRO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

LINDSAY. *Medical Axioms, Aphorisms and Clinical memoranda.* H. K. Lewis, editori, 1923.

L'elegante volume di Lindsay, che è già alla seconda edizione, non appartiene alla categoria dei trattati o dei libri indispensabili. Nel suo titolo è il programma: sono aforismi e note cliniche sui più differenti argomenti e capitoli della medicina. Essi potrebbero formare una arida raccolta sensa nesso e senza utilità e invece costituiscono una piacevole fonte di meditazione: sono raccolti da chi ha esperienza lunga di malati e consuetudine di vita colla gioventù studiosa; colpiscono quindi bene nel segno e formano oggetto di gradevole lettura.

PONTANO.

Lexicon der gesamten Therapie des praktischen Aerztes. II edizione. Puntate 5-7. — Urban e Scwarzenberg, Vienna, 1923. Prezzo per ogni puntata franchi svizzeri 6.

In occasione della pubblicazione delle prime puntate, si è già accennato ai meriti di quest'opera in cui vengono trattati tutti i metodi terapeutici ed i problemi connessi con la terapia. Le presenti tre puntate vanno dalla parola Heiratsfähigkeit a Nahrungsmittel. Parecchi articoli sono delle vere piccole monografie, come, p. es., quelli sull'assistenza all'ammalato, sulla anestesia locale ed altri.

fil.

Vademecum de médecine pratique. Supplement à la II édition formulaire Astier. — Un vol. in-16°, di pag. 386, rilegato. — Vigot Frères ed. Parigi, 1923. — Prezzo franchi 8.

Questo supplemento contiene numerose aggiunte al formulario già pubblicato dalla Casa Astier, del quale segue fedelmente lo schema, mettendo al corrente delle nuove applicazioni in tema di terapia. Un copioso indice alfabetico permette di trovare rapidamente l'argomento cercato.

fil.

G. IZAR. *Guida per la storia clinica e gli esami speciali.* Catania, Libr. ed. Minerva, 1924.

È un libriccino di poche pagine, che l'amico Izar ha trovato modo di scrivere, intercalandolo fra la sua ricca produzione originale.

Esso rappresenta un ordinato elenco delle domande, che vanno rivolte all'infermo, e un indice delle ricerche per eseguire l'esame clinico e di laboratorio. E dallo studente, specie per quest'ultima parte, potrà essere letto con profitto.

Sni.

HERMANN ZONDEK. *Die Krankheiten der endokrinen Drüsen.* — Un vol. in-8°, di 316 pag., con 173 figure. J. Springer, ed. Berlino, 1923. Prezzo dollari 3.85.

Il vasto campo delle malattie degli organi a secrezione interna interessa sia gli studiosi che i pratici. L'A. però, in questo suo volume, ha rivolto la sua attenzione maggiormente ai bisogni della pratica, limitando ad una quarantina di pagine la trattazione della parte generale ed estendendosi invece più a lungo sulla parte speciale. Questa comprende il morbo di Basedow, il mixedema, il cretinismo, la tetania, l'adiposità, l'involuzione presenile, il diabete insipido, l'acromegalia, il gigantismo ed il nanismo, i difetti di osteogenesi, il morbo di Addison, lo stato timico-linfatico, le malattie delle ghiandole sessuali, l'insufficienza plurighiandolare.

In qualche particolare le vedute dell'A. non troveranno pieno consenso, come, p. es., quella di misurare il ricambio fondamentale riferendolo all'unità di peso anzichè a quella della superficie cutanea; così pure sulla misura di questa, che l'A. fa con la formola di Meeh, notoriamente erronea. Ciò non toglie che questo libro, dall'esposizione chiara, avvivata da molti casi clinici ed illustrata da belle e numerose fotografie, sia caldamente consigliabile a chi voglia farsi un concetto essenzialmente clinico di questo importante capitolo della medicina.

fil.

O. NAEGELI. *Krankheiten des Blutes und der Drüsen mit innere Sekretion.* Coll. *Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütungim Innere Medizin.* Lipsia, Thieme, 1923, p. 68. L. 6.75.

La notorietà dell'A. rende superflua ogni presentazione del lavoro, a proposito del quale dispiace che la limitazione del compito assegnatosi impedisce la trattazione per esteso di argomenti così interessanti e nei quali gli Italiani hanno portato un grande e tanto importante contributo. In realtà parecchi quadri morbosi sono così caratteristici che errori diagnostici appaiono appena possibili. Peraltro, dai meno competenti la diagnosi spesso non si fa.

Il maggior svolgimento è dato alle leucemie e al morbo di Basedow, affezioni tipo dell'una e dell'altra specie di malattia in discussione, mentre delle altre malattie sono ricordati i tratti più salienti. Malgrado l'esiguità della mole qualche nuova cognizione vi si attinge sempre.

E. M.

EPPINGER e KLOSS. *La questione delle nefriti.* (Traduz. del dott. Segre). — Torino, S. Lattes Ed. L. 8.

È una buona traduzione della raccolta di una serie di lezioni tenute a Vienna dal prof. Eppinger. La questione delle nefriti è esposta al medico pratico e, per tale ragione l'esposizione è priva di ogni pretesa: essa è però chiara, per quanto lo consente l'argomento, ed ha il merito di non trascurare nessuno dei punti fondamentali della questione. È noto che gli ultimi anni hanno determinato una rivoluzione nei nomi, una riforma notevole dei concetti patogenetici e delle classificazioni e parzialmente delle cure. Di questo movimento, non ancora del tutto penetrato nella abitudine mentale del medico pratico, il volumetto ha il merito di essere un facile divulgatore.

PONTANO.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs-und Stoffwechsel-Krankheiten. C. Marold, ed. Halle a. S.

In questa collana di monografie, segnaliamo quella di H. Kehl sulle malattie chirurgiche addominali provocate da parassiti e quella di M. Einhorn sui metodi e le indicazioni dell'alimentazione artificiale. La prima ha importanza soprattutto per il fatto che fra le conseguenze della guerra si è avuto dovunque un notevole aumento delle malattie da parassiti animali, salvo che per l'echinococco. Medici e chirurghi troveranno nel lavoro del Kehl molti particolari interessanti per la diagnosi e per la cura.

Assai utile per il medico pratico è la monografia di Einhorn, ben noto anche perchè si deve a lui il metodo del sondaggio duodenale. Il lavoro si diffonde particolarmente sull'alimentazione duodenale e rettale, ne esamina l'utilità, ne descrive accuratamente la tecnica e ne vaglia le condizioni per l'applicazione, insistendo giustamente sulla necessità che ogni medico sia famigliare con i metodi della alimentazione artificiale.

fil.

DIONIGI MESSINA. *Igiene delle malattie di cuore.* Un vol. in-16° di pag. 63. Presso l'A. a Campello sul Clitunno.

Nel cardiopaziente, l'igiene e la regolarità della vita sono elementi essenziali che gli permettono di prolungare in uno stato di relativo benessere la sua esistenza. L'A. ha qui raccolto le principali norme che deve seguire il cardiaco, specialmente il cronico, norme che riguardano l'alimentazione, le diverse attività sociali, quali il lavoro, il matrimonio, le prescrizioni igieniche secondo le diverse età dell'ammalato. La pubblicazione è utile per gli ammalati ed anche per i medici, che trovano qui riunite diverse nozioni sparse nei trattati. Il lavoro è presentato da una prefazione del prof. U. Arcangeli.

fil.

G. MEMMO. *Il Servizio sanitario militare nell'ultima Guerra.* — Roma, Stabilim. Poligrafico dell'Ammin. della Guerra, 1923.

Con una chiarezza lampante l'A. espone ed analizza i molteplici compiti che il servizio sanitario ha saputo assolvere durante la guerra, raccogliendoli e disponendoli organicamente in quattro classi, a seconda delle finalità: prevenzione, cura, sgombro, ricupero.

E siccome le modalità di attuazione, gl'intendimenti ultimi e l'importanza relativa variano in zona d'operazione e territoriale ed a seconda che si tratti di guerra di posizione o di movimento, l'A. riferisce, per ciascuna di queste condizioni, i principî adottati e gli insegnamenti che se ne possono trarre per l'avvenire.

In ciascuna delle quattro grandi classi di servizi sanitari di guerra, l'A. descrive ed esamina con cura quelli specializzati, illustrandone l'efficienza raggiunta e prospettando i *desiderata* cui dovrebbero soddisfare nell'eventualità (che auguriamo remotissima!) di un'altra guerra; egli prende particolarmente in esame le risorse da opporre alle offese chimiche ed aeree, le quali in avvenire assumeranno, presumibilmente, uno sviluppo preponderante.

La magnifica trattazione fa onore a tutto il nostro Corpo sanitario militare, che ha saputo predisporre, dirigere e far funzionare ottimamente i servizi di guerra e che attualmente non riposa.

V. L.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta pubblica dell'11 gennaio 1924.

Presidenza: Prof. G. VICARELLI.

Intorno alle conseguenze dell'iniezione di bacilli del tubercolo uccisi col calore.

VERDINA. — L'O. riferisce intorno le conseguenze osservate in seguito alle iniezioni nell'organismo della cavia di dosi massive di bacilli del tubercolo uccisi col calore. In una prima serie di esperienze iniettò in cavie direttamente nel circolo arterioso una sospensione perfettamente omogenea di bacilli del tubercolo uccisi a 80° e a 50°. Non ebbe ad osservare sia macroscopicamente che microscopicamente nulla di patologico. In una seconda serie di esperienze in cavie precedentemente trattate con bacilli morti come quelli della prima esperienza, inoculò sotto cute una sospensione di bacilli del tubercolo vivi e virulenti uccidenti cavie di controllo in 40 giorni. Gli animali così trattati mostrarono un aumento notevole di resistenza, poichè sono tuttora in vita dopo 8 mesi dall'infezione e crescono regolarmente. In tutti però si venne sviluppando una localizzazione tubercolare nelle ghiandole linfatiche. In esse istologicamente si riscontrò, a lato di numerosi noduli tubercolari tipici, la formazione di un tessuto fibroso molto resistente in parte jalino. L'O. conclude sostenendo il potere immunizzante determinato dall'iniezione di bacilli del tubercolo uccisi col calore nell'organismo delle cavie, e crede inoltre di poter affermare che la scrofolosi dipenda probabilmente da una relativa resistenza dell'organismo all'infezione tubercolare, più che da una attenuazione dei bacilli stessi.

MICHELI ritiene interessanti i risultati dell'O. in quanto che da altri AA. (francesi e tedeschi) era ritenuto impossibile l'immunizzazione con bacilli morti di tubercolo. Consiglia di stabilire se questa resistenza si possa anche ottenere inoculando altri germi (resistenza non specifica).

MORPURGO nota come tali risultati si siano potuti ottenere mediante una speciale tecnica di preparazione della sospensione dei bacilli morti e per esser stati questi iniettati nel circolo arterioso anzichè in quello venoso. Si associa alle conclusioni dell'O.

Dotto parauretrale con dilatazione cistica.

CHIAUDANO. — L'O. riferisce su un dotto parauretrale dell'uretra membranosa con dilatazione cistica terminale. Con il conforto di reperti istologici, ritiene che essa sia una malformazione congenita dovuta a spostamento di epitelii nel luogo dove l'ectoderma e l'entoderma si incontrano a formare il rivestimento dell'uretra.

Sarcocarcinoma della pelle.

FERRERO. — L'O. riferisce su di un caso di tumore combinato della pelle. Si tratta di un neoplasma in cui sarcoma e carcinoma stanno fra loro nello stesso rapporto che stroma e parenchima. Il sarcoma è in gran parte fusocellulare, in talune zone invece polimorfo con cellule giganti mono- o polinucleate; il carcinoma è costituito da elementi epiteliali che per la loro struttura non possono essere ricondotti geneticamente alle cellule dell'epidermide adulta. Deriva probabilmente invece da un germe embrionale epidermico e questa ipotesi è suffragata dal fatto che nella pelle esistono alcune anomalie: irregolarità delle formazioni papillari, anormale inspessimento della tonaca muscolare della parete dei vasi linfatici, presenza di fasci di fibre muscolari liscie e di formazioni epiteliali solide nel sottocutaneo.

È questo il primo caso, secondo l'O., di carcinosarcoma descritto nella letteratura con sede nella pelle. Circa la genesi di questi tumori l'O. non ritiene di dover ammettere l'opinione del Krompecher secondo il quale si avrebbe una metaplasia degli elementi carcinomatosi in cellule sarcomatose.

PIETRO SISTO.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Seduta dell'8 febbraio 1924.

Presidenza: Prof. A. PASINI, presidente.

Sui metodi per la determinazione del glucosio nel sangue.

PRETI L. — L'O. dopo una critica ai diversi metodi macro e microchimici per la determinazione del glucosio del sangue, espone dettagliatamente il metodo di Schaffer ed Hartmann, metodo che tra dealbuminizzazione e determinazione del glucosio non richiede più di un'ora di tempo al massimo ed offre risultati abbastanza buoni e sufficientemente probativi per scopi clinici. La quantità di sangue usata non è superiore ai 2-3 cmc., ed il metodo non richiede attrezzamenti speciali onde ne deriva la facilità della sua esecuzione e la possibilità al medico pratico di seguire direttamente il risultato di applicazioni terapeutiche.

Osservazioni e considerazioni sul tessuto reticolare dei muscoli striati.

BRUNI A. C. — L'O., stabilito che le fibre muscolari dei muscoli striati sono avvolte da una rete membraniforme sarcolemmale di tessuto reticolare, dimostra che questa rete prende origine da cellule speciali, le quali, col progredire dello sviluppo, si fanno sempre più sottili e, in apparenza almeno, scarse, fino a scomparire, mentre la rete di fibre si fa sempre più fitta e complicata. Grosse trabecole del reticolo sarcolemmale si mettono in relazione di assoluta continuità col collageno dell'endomisio, e questo a sua volta si continua nei tendini. Rete sarcolemmale ed endomisio hanno sicuramente la massima importanza nella trasmissione della forza del muscolo al tendine.

Adeno-fibroma sudorifero.

SCOMAZZONI T. — Riferisce di un caso di piccoli tumori multipli delle mani e della fronte, che istologicamente vennero identificati per adenofibromi delle ghiandole sudorifere, affezione molto rara, della quale esistono nella letteratura solo pochi casi.

A. CERESOLI.

Società Medico-Chirurgica degli Ospedali Abruzzesi di Chieti.

Seduta del 16 dicembre 1923.

Presidenza: Prof. MATTOLI, presidente.

La prevenzione e la cura della invalidità secondo le direttive dell'art. 3 del Decreto-Legge 21 aprile 1919, n. 603, e del Tit. V del relativo Regolamento 29 febbraio 1920, n. 245.

Dott. G. JAVICOLI (Chieti). — Prospetta i numerosi vantaggi che l'assistenza sanitaria locale potrebbe trarre dalle citate disposizioni, e propone la nomina di una Commissione che studi il problema in rapporto alle necessità regionali.

Setticoemia tifosa.

Prof. G. GALLI (Roma). — Comunica un caso di setticoemia tifosa, seguita da esito letale in sesta giornata, nel quale l'autopsia dimostrò una sola ulcera tifosa nell'ileo, e richiama l'attenzione sulla possibilità di gravi infezioni generali, da bac. di Eberth, senza lesioni intestinali di notevole importanza.

Risultati della cura operatoria nella retrodeviazione uterina, desunti da una casistica di 92 isteropessie, praticate nell'Ospedale Civile di Chieti.

Dott. V. BONOMO (Osped. di Chieti). — Discute le indicazioni all'intervento e la varia sintomatologia dell'affezione. Fra i diversi metodi operatori proposti, nella maggior parte dei casi è stato preferito il metodo Doleris II, il quale ha dato i migliori risultati immediati e lontani. Su 32 nullipare ebbero a verificarsi, dopo l'intervento, 11 gravidanze; su 50 pluripare si ebbero 22 gravidanze: in tutti i casi la gestazione e il parto si svolsero senza inconvenienti.

Ricerche sulla determinazione del glucosio per mezzo della fermentazione.

Dott. V. A. VETTA (Chieti). — L'O. attribuisce grande importanza a questo metodo; consiglia l'uso di culture pure di Saccharomyces elipsoideus invece del lievito di birra del commercio.

Il trattamento opoterapico della congiuntivite primaverile.

Dott. A. ROSICA (Chieti). — Passa in rassegna gli studii e le esperienze in proposito, dalla teoria vagotonica di Angelucci ai risultati ottenuti da Baldassarre con l'uso ipodermico dell'adrenalina. Riferisce le sue osservazioni su alcuni casi di cong. prim. trattati con somministrazione di adrenalina per via interna; ritiene l'affezione una manifestazione di alterato equilibrio endocrino (sopratutto iposurrenalismo) e insiste sulla necessità di protrarre a lungo la cura opoterapica.

Azione della insulina sulla pupilla e sui vasi dell'occhio.

Dott. COZZOLI (Chieti). — Riferisce l'esito dei suoi studi sperimentali negli animali di Laboratorio, concludendo che l'insulina ha azione decisamente midriatica sulla pupilla, assai più marcata dell'adrenalina e dell'atropina, ed azione vasodilatatrice, evidente all'oftalmoscopio, specialmente sui vasi centrali della retina.

Mancato rivolgimento per anomalia degli arti inferiori.

Prof. N. RIZZACASA (Aquila). — Riferisce il caso di un parto bigemino, nel quale il secondo feto, normale per il resto, presentava le gambe piegate sulle coscie in modo che le superfici anteriori dei due segmenti degli arti erano a contatto, in senso contrario cioè alla disposizione anatomo-fisiologica degli arti inferiori. I piedi continuavano direttamente l'asse della gamba, come la mano segue quello dell'avambraccio. Questa condizione spiega la possibilità di un errore diagnostico.

Una causa di recidiva delle varici della safena interna.

Prof. ROSSI (Aquila). — Insiste sulla necessità di non lasciare collaterali fra il punto in cui si fa la legatura e lo sbocco nella femorale.

Una causa non rara di stipsi cronica.

Dott. G. PIERMARINI (Sulmona). — Illustra tre casi di mesenterite retrattile nei quali la sindrome predominante era rappresentata dalla stipsi cronica.

I pericoli del taxis nell'ernia strozzata.

Dott. V. ROSSONI (Chieti). — Sulla base di 92 casi, operati dal prof. Mattoli nell'Ospedale di Chieti, sostiene che, al momento attuale della chirurgia, la manovra del taxis deve essere evitata, perchè sempre dannosa e più pericolosa dell'intervento attivo.

Indicazioni chirurgiche del trapianto dell'omento.

Dott. E. PITTONI (Chieti). — Riferisce i risultati delle sue ricerche sperimentali sui trapianti liberi di lembi epiploici, e ne di mostra l'attecchimento con preparati istologici.

Cura delle leptomeningiti purulente di origine otitica.

Prof. G. PALUDETTI (Castellammare) — Dopo aver accennato alle conoscenze attuali sulla patologia di questa gravissima complicanza otitica ed ai principali criteri terapeutici, espone alcuni casi personali, concludendo che, oltre l'intervento chirurgico diretto a curare radicalmente le lesioni dell'orecchio e a drenare le meningi, riesce assai utile l'uso sistematico della puntura lombare.

Apparecchi di protesi nei traumi della mascella.

Prof. R. MELOCCHI (Chieti). — Mostra alcuni tipi di apparecchi da lui studiati e sperimentati con esito del tutto favorevole.

Dott. VITTORIO ANGELO VETTA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le sincopi.

La diagnosi ed il trattamento di alcune forme di sincopi non presentano difficoltà. Così accade per quelle che sopravvengono in seguito ad emozioni, a dolori, a traumatismi, nonchè per quelle consecutive ad emorragie, a puntura pleurale, a cloroformizzazione o che si osservano negli anemici e nella convalescenza. In tali casi sono consigliate delle punture di olio canforato, oppure delle iniezioni di siero glucosato o clorurato. S. R. (*Journal des praticiens*, 8 marzo 1924) distingue le sincopi in:

1) *Nervose*. — Una ragazza, che non aveva mai avuto alcuna crisi, cade all'improvviso senza conoscenza; poi si rialza senza ricordarsi di nulla; si devè pensare all'epilessia, alla sifilide e fare i relativi esami. Anche in caso di ictus laringeo, si ricercherà l'origine tabetica. Nell'arteriosclerosi cerebrale, è più frequente la vertigine e più rara la sincope; nelle affezioni bulbari la sincope indica la possibilità di un esito fatale. In queste forme, il trattamento consisterà nell'applicazione di rivulsivi (un cauterio alla pasta di Vienna sulla spalla sinistra) e nella somministrazione di lassativi, di citrato di sodio (4 grammi al giorno).

2) *Auricolari*. — Il più spesso non si tratta che di vertigini, sovente però aumentate dalla depressione nervosa. Un notevole miglioramento si avrà con l'uso del chinino (2-3 cg. prima dei pasti) e di leggeri lassativi.

3) *Digestive*. — È questa la causa più frequente, spesso misconosciuta, specialmente ad una certa età in cui si pensa invece alla arteriosclerosi cerebrale. In tal caso le polveri di magistero di bismuto (cg. 50) con magnesia calcinata (cg. 50-g. 1.50) da prendere 2-3 volte al giorno fanno assai bene; vi si unirà un vitto prevalentemente vegetariano, con poco pane e pochi liquidi.

4) *Cardiache*. — Si può dire che le sincopi non esistono nelle malattie cardiache, eccettuate l'angina pectoris ed il polso lento. Quando si producono, sono dovute ad uno stato dispeptico concomitante, specialmente nella stenosi mitrale e nella insufficienza aortica; il trattamento dello stomaco fa sparire il disturbo. La sincope è anche frequente come seguito dell'edema polmonare; così possono finire le insufficienze miocardiche.

5) *Infettive*. — Tutte le malattie infettive gravi possono dare una morte improvvisa per miocardite. Nella convalescenza si produce un falso polso lento; in tal caso le iniezioni di caffeina (5 cg.) o di solfato di atropina (¼ di mg.) fanno scomparire il disturbo. *fil.*

Per la conoscenza del cuore piccolo.

Il volume del cuore può (E. Meyer. *Deutsche Med. Wochenschr.*, n. 44, 1923) diminuire in casi di anemia post-emorragica acuta e ritorna al normale quando si ripristina la massa del sangue. Nei casi in cui è deficiente la replezione del sistema vasale e nei casi di inanizione cronica, in cui il volume del cuore può notevolmente diminuire, la replezione del sistema vasale con infusioni di normosale ripristina il volume normale del cuore. Ciò fu dimostrato dall'autore in un uomo di 63 anni, denutrito, in cui l'aumento di volume del cuore determinato dall'infusione salina, fu transitorio. POLL.

Studio sugli aneurismi dell' aorta.

B. Lucke e M. H. Rea (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 6 ottobre 1923) sopra 263 aneurismi dell'aorta studiati all'autopsia, ne hanno trovato 65 interessanti l'aorta ascendente, 23 all'unione della parte ascendente con la trasversa, 46 alla parte trasversa, 42 a quella discendente, 19 su tutto l'arco, 31 sulla porzione toracica, 40 su quella addominale.

Gli aneurismi della parte ascendente sono di dimensioni relativamente piccole, contraggono aderenze con gli organi vicini, li comprimono e li erodono. La rottura si produce nel pericardio e negli organi respiratorî. Gli aneurismi situati all'unione della parte ascendente con la trasversa raggiungono un volume considerevole, estendendosi di solito verso il lato destro; comprimono i vasi ed i nervi vicini e gli organi respiratorî, in cui si rompono.

Gli aneurismi della parte trasversa dell'arco hanno origine presso l'orificio dei grossi vasi, tendono a comprimere le coste e lo sterno, la trachea e l'esofago; si rompono in questi organi o nella cavità pleurica. Quelli della parte discendente si estendono nel senso posteriore a sinistra, comprimendo l'esofago e gli organi respiratorî e determinando spesso erosioni delle vertebre e delle coste.

Nell'aorta toracica gli aneurismi sono voluminosi, si estendono all'indietro ed a sinistra, erodono le vertebre e le coste e si rompono nella pleura sinistra e nel polmone, od anche

nella cavità addominale. Gli aneurismi della cavità addominale risiedono di preferenza subito sotto il diaframma o vicino al plesso celiaco, oppure sopra la biforcazione. Si estendono in senso anteriore o posteriore e si rompono con uguale frequenza nella cavità addominale, nella pleurale o nei tessuti retroperitoneali.

fil.

Cardiopatici e cure balnearie.

Un vecchio pregiudizio diffuso anche fra i medici ha creato una avversione quasi generale contro le cure balnearie per tutti coloro che siano cardiopatici o come tali vengano empiricamente giudicati dai medici stessi. Contro tale avversione, che ha radice in antiche dottrine mediche, si eleva D. Barduzzi (*Rassegna intern. di clin. e ter.*, Anno V, n. 1) portando la sua lunga esperienza di 38 anni alle Terme di S. Giuliano, dove nei cardiaci compensati non ha mai osservato alcun inconveniente, alcuna intolleranza, ricavandone anzi in certi casi non poco giovamento.

Non si possono oggi stabilire indicazioni precise di terapia termale nei cardiopatici, essendo necessaria dapprima un'inchiesta clinica, statistica raccolta presso le direzioni sanitarie termali balnearie. Ciò che si deve ammettere è che in generale non si devono sconsigliare sistematicamente le cure balnearie nei cardiopatici, ma esaminare e decidere caso per caso. Occorre solo dare il precetto di non fare il bagno in stato di fatica o dopo aver bevute acque minerali, regolando bene la temperatura gradatamente da 36° a 37° ed anche 38°. Questo precetto è indispensabile anche per evitare qualsiasi falso allarme e dimostrare a coloro che sono ancora imbevuti dei vecchi pregiudizî l'inanità di questi. I cardiopatici vanno però sorvegliati accuratamente, studiando gli effetti del bagno non solo sul circolo, ma anche sul ricambio materiale, sulla diuresi e sugli altri processi morbosi per cui si ricorre alla cura.

fil.

Polmonite e pressione sanguigna.

La pressione sanguigna (W. Kempmann: *Münch. Med. Woch.*, 8 febbr. 1924) si abbassa spesso considerevolmente durante una malattia infettiva: anzi non raramente il grado dell'abbassamento è in rapporto diretto con la gravità dell'infezione. Quale a tal riguardo sia la parte sostenuta dal cuore e dai vasi tentarono di dimostrare Romberg e Pässler infettando cavie con stipiti batterici diversi e sottoponendo contemporaneamente il cuore ed i vasi degli animali a determinate prove funzionali. Essi riscontrarono dapprima una diminuzione della reazione vasale agli stimoli sensitivi e chimici, poscia un graduale abbassamento della pressione sanguigna sistolica con crescente paralisi vasale, pur con ancor valida energia cardiaca: da ultimo forse abbassamento della pressione in seguito a debolezza vasale e cardiaca. Sperimentalmente dunque la debolezza cardiaca è preceduta da una paresi vasale la quale prepara il terreno all'abbassamento della pressione sanguigna. Pässler, per controprova, osservò l'azione terapeutica dei farmaci e potè constatare che i maggiori effetti si ottengono, più che dalla digitale e dalla canfora, dalla caffeina.

Le osservazioni dell'A. sul comportamento della pressione sanguigna nella polmonite lobare acuta riguardano circa 60 casi. Mentre nel maggior numero di essi la pressione risultò poco o nulla modificata, in 10 casi il comportamento fu del tutto diverso e cioè, mentre il valore della pressione massima (sistolica) durante il periodo febbrile si mantenne pressochè invariato, la pressione minima (diastolica) si abbassò talvolta fino a raggiungere valori assai bassi: in seguito a ciò l'ampiezza di oscillazione tra il valore massimo e il valore minimo della pressione venne ad aumentare considerevolmente. Tale stato perdurò nella convalescenza; poi, il più delle volte, il valore minimo gradatamente si risollevò, mentre a sua volta quello massimo subiva un lieve abbassamento. In rapporto al decorso si constatò per lo più, al principio, una pressione normale, poi, di giorno in giorno, un progressivo aumento di divergenza tra massimo e minimo e infine, dopo la crisi, un ritorno molto graduale ai valori normali.

Il rapporto normale tra la pressione sistolica e diastolica che, secondo le ricerche, corrisponde in media a 3 : 2, subì talvolta nei medesimi casi spostamenti molto maggiori, come 3 : 1, 4 : 1 e perfino 5 : 1.

Già il quadro clinico di questi pazienti faceva presupporre la debolezza vasale: per lo più si notava notevole pallore e astenia, una temperatura cutanea inferiore a quella del resto del corpo, polso frequente, molle, facile a comprimersi e spesso celere.

L'A. in alcuni casi osservò valori bassissimi della pressione diastolica, pari a 10 ccm. H_2O, e corrispondente aumento della pressione sanguigna. Le oscillazioni negative della pressione comparvero parallelamente a stati clinici di debolezza acuta, talvolta subito dopo la defervescenza. Di regola l'adrenalina apportò un rapido miglioramento.

Secondo l'A. il divario considerevole tra il valore della pressione minima e quello della

pressione massima accenna a un disturbo predominante del meccanismo regolatore della pressione sanguigna arteriosa, a uno stato di rilasciamento vasale.

Per tal fatto la terapia deve proporsi anzitutto il risollevamento del tono vasale. L'A. praticò a tale scopo infusioni ipodermiche di soluzione fisiologica con aggiunta di adrenalina; nei casi più gravi infusioni della stessa miscela o anche di soluzione fisiologica alcalinizzata con risultati ancora migliori. A causa della fugacità dell'azione adrenalinica la iniezione va praticata lentamente e ripetuta di frequente. In tal modo, oltre all'effetto biologico dell'adrenalina, si ottiene un'azione meccanica data dal riempimento del sistema vasale e, non trascurabile, un'azione disintossicante per stimolo alla diuresi. La soluzione fisiologica alcalinizzata avrebbe inoltre il vantaggio di apportare all'organismo, spesso disposto all'acidosi, un benefico eccesso di alcalini.

M. AGOSTINI.

Trattamento dell'alta pressione arteriosa.

Il prof. Grober (*Münch. Med. Woch.*, 8 febbraio 1924), ricordata la frequente coincidenza nei glaucomatosi di un'elevata pressione, riferisce che l'osservazione del sistema vasale di tali malati durante il trattamento dell'affezione oculare mostrò con sorpresa l'abbassamento, in alcuni casi, dell'elevata pressione. Venne allora studiata analiticamente la terapia oftalmologica, per quanto riguarda l'effetto di essa sul quadro clinico generale, e ripetute osservazioni condussero per esclusione a due rimedi capaci di influenzare l'alta pressione arteriosa.

Sono questi i preparati tiroidei e la pilocarpina. Regna ancora disaccordo sul modo di agire di essi sulla pressione sanguigna; tuttavia numerose e concordi osservazioni riferiscono che il loro uso in glaucomatosi affetti da elevata pressione viene seguito da abbassamento della pressione sistolica e diastolica.

L.A. per suo conto esperimentò i due rimedi (insieme o separati) negli individui con semplice alta pressione ed esenti da altre complicazioni. Somministrò così, senza altre cure, una compressa di tiroidina al giorno e mgr. 0.7 2-3 volte o anche mgr. 1.5 una volta al giorno, *per os*, di pilocarpina, intercalando dapprima brevi e regolari pause, poscia, constatata la buona tolleranza, seguitando la cura per settimane o per mesi.

Negli aa. trattati favorevolmente con i preparati tiroidei non si manifestò nessun aumento del ricambio materiale e nessuna diminuzione di peso: tali fenomeni ebbero invece a manifestarsi in quei malati nei quali mancò ogni benefico effetto sulla pressione.

I pazienti, quasi tutti sui 50 anni, risentirono dalla cura anche notevole miglioramento soggettivo: obbiettivamente poi, in circa la metà dei casi, l'A. riscontrò un evidente abbassamento, press'a poco parallelo, della pressione sanguigna diastolica e sistolica.

Per lo più i primi effetti depressori comparvero dopo 1½ o 2 mesi di cura. Degno di nota il fatto, costante in parecchi infermi trattati con successo, che l'interruzione della cura venne seguita da una riascesa della pressione e che questa si riabbassò una volta ripreso il trattamento.

M. AGOSTINI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Azione dello jodio sulla tiroide.

(B. BREITNER. *Wiener Klinische Wochenschr.*, n. 34, 1923).

La teoria secretiva fa considerare il colloide come prodotto della tiroide che è stato accumulato e che a seconda del bisogno e delle possibilità dell'organismo al momento opportuno viene attivato dallo jodio ed entra nella circolazione. La possibilità di questa attivazione del secreto dipende dalla durata della stasi del colloide. L'azione dello jodio è diversa a seconda delle diverse forme di gozzo. Nei gozzi da stasi si ha un'attivazione del colloide accumulato ed un passaggio di esso nel sangue, nei gozzi parenchimatosi si ha in primo tempo un'inibizione dello svuotamento del colloide (la formazione di secreto attivo ha per conseguenza la stasi del secreto meno attivo). In tutti i casi l'azione specifica dello jodio è quella di attivare il secreto tiroideo. I buoni risultati ottenuti in singoli casi di morbo di Basedow con la somministrazione di piccolissime quantità di jodio, dipendono dal carattere etiologico della malaria. In questi casi di Basedow in cui si dimostra utile l'azione dello jodio si può con ragione sperare in un miglioramento.

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cura della blenorragia nelle bambine. — All'abb. n. 7248-4:

La vulvite blenorragica delle bambine si cura con lavande vulvari di permanganato di potassio ad $^1/_8$ per mille o di nitrato di argento 1-½ ‰.

Se il processo ha oltrepassato l'apertura dell'imene si possono fare lavande vaginali mediante un comune uretroscopio o con una sottile Nélaton, cautamente introdotti in vagina.

Esistono poi speciali vaginoscopi, assai utili per la diagnosi come per la cura della blenorragia vaginale e del canale cervicale nelle bambine, intorno ai quali si può consultare: TOMMASI, Studi ed esperimenti con metodi personali di cura della blenorragia infantile, *Atti della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia*, 1923, p. 575 e *Giornale Ital. delle mal. veneree e della pelle*, 1923. V. MONTESANO.

Consultazioni a distanza. — Al dott. N. M. da T.:

Non possiamo rispondere su casi clinici che comportano consultazioni a distanza. Potremmo astrarre dal caso specifico; ma allora la risposta non presenterebbe più nessun interesse per Lei!

VARIA

Valutazione in grano degli onorari medici nell' Ungheria.

A causa del continuo deprezzamento della valuta, i medici ungheresi sono stati costretti ad elevare di continuo le loro tariffe. Questi incrementi non hanno mai corrisposto — neppure da lontano — alla riduzione di valore del denaro; tuttavia il pubblico e la stampa hanno elevato ripetute e vibrate proteste contro lo scarso umanitarismo dei medici, come se questi dovessero contentarsi di ricevere solo una parte delle competenze loro spettanti per le loro prestazioni, e per l'altra parte dovessero contentarsi del sentimento di gratitudine dei clienti.

Tali dispute hanno indotto ora l'Associazione Medica Nazionale a introdurre la valutazione in grano. Gli onorari corrisposti *ante bellum* erano al minimo di 2 corone (2 lire incirca), il che corrispondeva a 10 kg. di grano; gli onorari attuali non raggiungono, in media, il valore di 2 kg. di grano: l'Associazione ha deliberato che debbano esser tali, da equivalere a 5 kg. di grano, ciò che costituisce meno della metà degli onorari più bassi di un tempo. Il Consiglio dell'Associazione ha anche stabilito che gl'impiegati privati e gli ufficiali faranno eccezione a questa tariffa, nel senso che pagheranno in rapporto alle loro risorse.

(Dal *Journal A. M. A.*).

Revisione di un vecchio processo provocata dai progressi scientifici.

Il *Paris Médical* dà notizia degli esiti di una condanna ai lavori forzati a vita, riportata nel 1878 dal farmacista Louis Dauval, accusato di aver avvelenata la moglie, nel cui cadavere i periti accertarono la presenza di un milligrammo di arsenico. Dopo 24 anni, nel 1902, Gabriel Bertrand dimostrò, mediante una tecnica perfezionata, che l'arsenico è un componente normale dell'organismo umano. È così che Dauval fu perdonato: la colonia penale francese della Nuova Caledonia lo mise in libertà. Egli si appellò per la riabilitazione; ma nel 1906 la Corte d'appello decise che non v'era luogo a riaprire il processo. Dauval ricorse ancora, basandosi su nuove ricerche, eseguite nel 1921 intorno alla presenza dell'arsenico nell'organismo. La Corte nominò un Comitato di periti, composto di Gabriel Bertrand, Paul Carnot, Ribierre, Querlit e C. Paul; esso ha riabilitato completamente il vecchio condannato, dimostrando che, se anche fosse stata repertata una quantità doppia di arsenico, ciò non avrebbe deposto per l'avvelenamento; aggiunse che «il giurì del 1878 avrebbe riconosciuto questo fatto, qualora avesse pensato alle acque della Bourboule». Al farmacista è stata assegnata una pensione di 12,000 franchi. Dalla sua condanna è ormai trascorso quasi mezzo secolo!

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PATRIZI CESARE. *La Fototerapia.* Bologna, Tip. Cappelli. Rocca S. Casciano, 1924.

LORIGA GIOVANNI. *Professione e tubercolosi.* — Roma, Tip. Coop. Soc., 1923.

LUCCHESI CARLO. *La reazione urocromogena di C. De Silvestri.* — Napoli, U. R. Rapalo, 1923.

MAGGIOTTO FERDINANDO. *Ancora sulla cura sintomatica dei postumi dell'encefalite letargica.* — Ferrara, Industria Graf. Italiana, 1923.

GENOVA ANTONINO. *Un caso di frattura tibio-peronea endo-uterina.* — Milano, L. F. Cogliati, 1923.

MARTINI V. e NASSETTI F. *Delle storragie carotidee per osteomielite della rocca petrosa.* — Siena, Tip. S. Bernardino, 1923.

MARTIN P. et LANZE G. *Sur trois cas d'urticaire chronique traités par l'Autohémoterapie.* — Montpellier, Impr. Economiste méridional, 1923.

MELLETTI MARIO. *Sopra un caso di fistola vescico-uterina di origine puerperale guarita col metodo transvescicale.* — Cusano-Milanino, A. Colombo & F., 1921.

MESTRON UMBERTO. *Un caso di fibromioma vulvare pendulo del legamento rotondo.* — Milano, C. F. Cogliati, 1923.

PASSINI R. *Considerazioni sulle sclerosi tubercolari dell'apice.* — Terni, Augusto Visconti, 1923.

ID. *La diagnosi di attività del processo tubercolare.* — Terni, Augusto Visconti, 1922.

RIVIÈRE A. J. *La radiothérapie intensive du cancer.* — Paris, Imp. Charles Colin, 1922

BERGHINZ GUIDO. *La Clinica Pediatrica di Padova durante l'anno scolastico 1922-23.* — Padova, Stab. Tip. del «Messaggero», 1923.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Considerazioni sugli art. 4 e 34 della Legge Sanitaria 30 dicembre 1923, n. 2889.

L'art. 34 della nuova legge dispone che gli stipendi minimi per i medici condotti di ogni Provincia siano fissati dalla G. P. A. sentito il Consiglio Sanitario Provinciale.

L'art. 4 stessa legge stabilisce che per l'assistenza sanitaria degli agiati da parte dei medici condotti le tariffe siano fissate dai Consigli degli Ordini ed approvate dai Prefetti.

Apparentemente, due disposizioni del tutto indipendenti l'una dall'altra, essendo oggetto della prima la retribuzione dell'impiegato e della seconda le retribuzioni del libero professionista.

Ma così non è: ed io richiamo l'attenzione dei Consigli degli Ordini sul legame che intimamente unisce le due disposizioni.

Dell'istituto della condotta medica si possono avere due concezioni diverse:

a) Molti ritengono che medico condotto e medico dei poveri siano sinonimi. Purtroppo nel dopoguerra l'A. N. M. C. nei suoi principali esponenti fece sua questa concezione, arrivando — nella mania di fare del m. c. sempre più un libero esercente — alla enormità di chiedere anche per i poveri non più uno stipendio fisso ma gli onorari delle singole visite. Per nostra fortuna nè le Amministrazioni Comunali nè il Governo hanno compreso pienamente l'ultimo significato di tale richiesta. Giacchè — una volta considerati i m. c. quali semplici liberi esercenti sia per gli agiati che per i poveri con pagamento delle singole prestazioni — sarebbero spariti *ipso facto* stipendio, stabilità, indennità, diritto a pensione, congedi di riposo e di malattia, insomma tutto ciò che forma lo stato giuridico dell'impiegato. E si sarebbero allora sentiti gli strilli di tutti coloro che.... battevano le mani a quella tesi.

b) Altri invece ritengono che il m. c. sia qualcosa di più e di diverso del medico dei poveri, in quanto il Comune ha il dovere di assicurare a tutti, poveri e abbienti, l'assistenza medica, e in quanto il pagamento di questa da parte dei secondi non può significare disinteresse del Comune per essi. Anche l'assistenza degli abbienti dunque è servizio comunale, per quanto compensato dai privati. Non esistono forse molti servizi di vigilanza sanitaria che, per quanto volta per volta compensati dai privati, restano sempre pubblici servizi sotto la vigilanza del Prefetto? Così e non altrimenti devesi intendere il servizio della condotta medica riguardo agli abbienti. E fortunatamente dopo la nuova leg. san. 30 dic. u. s. non possono esistere più dubbi in proposito.

Ed è così che sorge il nesso intimo tra lo stipendio e la tariffa degli onorari.

Nella prima concezione lo stipendio non dovrebbe rappresentare che l'indennità di residenza e il compenso per il servizio dei poveri; ed avevano un fondamento di ragione i Comuni quando per l'indennità cavalcatura asserivano che intendevano dare soltanto un contributo per la medesima e non pagarla per intero. Viceversa poi i clienti abbienti avrebbero dovuto pagare non soltanto la tariffa della visita, ma anche la trasferta per il tempo impiegato nel viaggio, ed inoltre il compenso della vettura. Insomma alla diminuzione dello stipendio e dell'indennità trasporto da parte del Comune dovrebbe corrispondere aumento degli onorari singoli, calcolando i tre fattori della *visita*, della *trasferta*, del *trasporto*.

Si ha tutto il rovescio nella seconda concezione, nella quale il Comune deve dare il medico agli abbienti. Errerò, ma io credo ciò significhi l'obbligo al Comune di dare il medico a tutti *a domicilio*. Ed ecco la conseguenza legittima che l'abbiente debba limitarsi a pagare la sola visita medica *secondo una tariffa ufficiale*, la quale condizione non si spiegherebbe per il libero professionista. Ed ecco la seconda conseguenza che viceversa gli stipendi debbano ingrandirsi per l'entrata in campo di un terzo fattore, quello delle trasferte per le visite agli abbienti, che va ad unirsi agli altri due, obbligo della residenza e assistenza dei poveri. Ed ecco la terza conseguenza che l'indennità cavalcatura debba essere reale, corrispondente cioè alla totale spesa effettiva.

Dal suesposto deriva che tra Prefetto, presidente della G. P. A. che deve stabilire gli stipendi delle condotte, e Consiglio dell'Ordine che deve fissare gli onorari delle visite agli abbienti debba concordarsi una convenzione sul significato realistico della condotta medica. Si tratta di un istituto comunale che provvede il medico a tutti (gratis per i soli poveri), una specie di condotta piena modernizzata? In tal caso le tariffe per gli abbienti saranno limitate alla sola visita, ma d'altro lato lo stipendio

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico

dovrà essere tale da compensare i tre servizi insiti nella condotta e l'indennità cavalcatura dovrà essere completa. Si vuol persistere invece dai Comuni nella vecchia e vieta concezione del medico dei poveri, per poter ridurre al minimo lo stipendio e l'indennità cavalcatura? In tal caso il Consiglio dell'Ordine dovrà instituire per i medici condotti le seguenti tre voci:

— tariffa minima delle visite, operazioni, ecc.;

— indennità trasferta (a Km. per la pianura, ad ore per la montagna);

— rimborso spese di viaggio per ogni visita.

Certo che non dovrebbe esservi scelta tra le due concezioni, data la chiara espressione della nuova leg. san. per la quale anche l'assistenza degli abbienti è servizio comunale. Ma la fregola della riduzione degli stipendi *a quei mangioni dei medici* potrebbe essere tale da far tenere in non cale le disposizioni di legge, tanto più per le difficoltà pratiche sull'applicazione della giusta triplice pretesa dei m. c. in riguardo agli infermi abbienti. Presso qualche Ordine esiste già la voce «*per assistenza prolungata oltre le 3 ore L. 50, oltre le spese di trasporto*». Domandare L. 70 per una visita equivale al linciaccio del medico, potrebbe pensare un furbo Prefetto; per cui con grande facilità potrebbe concedere il fumo della triplice tariffa, pur di impiccolire l'arrosto degli stipendi.

Ma esiste una difesa anche per i m. c. Innanzi tutto nessuno può contestar loro il diritto di ridurre la tariffa nei casi che ciò credano opportuno. E poi non sarà difficile spiegare ai contribuenti che la colpa è tutta degli amministratori comunali, i quali per risparmiare p. es. L. 1000 sull'indennità cavalcatura regalano è vero, L. 0.33 annue a ciascuno dei 3000 abitanti della condotta, ma contemporaneamente fan loro spendere 10-20 ed anche 100 lire annue: un curioso saggio di sapienza amministrativa! E infine una parola d'ordine dovrebbe correre tra tutti i medici della Provincia; alla sede dell'Ordine dei medici dovrebbero essere catalogati i singoli amministratori comunali che, per ridurre stipendi e indennità, sostengono dovere il Comune provvedere ai soli poveri. A costoro dovrebbe essere SEMPRE E DA TUTTI applicata la loro teoria. Senza misericordia!

Ho scritto per richiamare l'attenzione dei Consiglio degli Ordini su un argomento di loro competenza, ben lieto se essi troveranno una migliore soluzione.

Dott. GINO LANCI.

La lotta contro la pellagra.

Riceviamo la seguente nota dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica:

Nel numero 11 de «L'Avvenire Sanitario», sotto il titolo «Cessa la pellagra», viene riportato un articolo di congedo dei proff. Antonini e Cantarutti, pubblicato nella «Rivista pellagrologica», nel quale si commenta con spirito non sereno, anzi con lieve sarcasmo, il provvedimento della soppressione delle Commissioni pellagrologiche, sia provinciali, sia comunali.

Gli egregi professori, di cui non si disconoscono il premuroso interesse ed il contributo di attività e di ingegno dato alla lotta sociale contro la pellagra, mostrano con tale articolo di non aver bene intesa la portata della riforma, stabilita dal Governo Nazionale con il R. D. 30 dicembre 1923, nell'ordinamento igienico-sanitario del Regno.

La preoccupazione, ingenerata in essi, che ogni azione di intervento statale, e che la lotta ufficiale contro la pellagra vengano, con ciò, definitivamente a cessare, è arbitraria, e non ha alcuna consistenza nelle disposizioni emanate.

Il Governo Nazionale è ben conscio dell'alta importanza sociale e sanitaria, che assume per il nostro Paese una lotta a fondo e ben organizzata contro la pellagra, come pure contro altre malattie a carattere sociale, la malaria, la tubercolosi, il tracoma, le malattie veneree, ecc.

Ed infatti tutte le provvidenze ed i benefici, sanciti dalle precedenti leggi, vengono con detta riforma, non soltanto mantenuti, ma ampliati ed integrati.

È soltanto l'attuazione e la esplicazione dei singoli servizi che subiscono modifiche, in conformità del principio informativo della riforma, che al fine di ottenere un perfetto e proficuo coordinamento dell'azione profilattica, stabilisce l'unità di indirizzo in tutti i servizi igienico-sanitari e profilattici, congiunta ad un razionale decentramento ed alla maggiore semplificazione di essi.

In base a tale principio sono stati soppressi organi intermedii tra le autorità direttive e quelle esecutive, e così le giunte del Consiglio Superiore e dei Consigli Provinciali di Sanità, il Comitato Centrale ed i Comitati provinciali antitubercolari, le Commissioni pellagrologiche provinciali e comunali, pur essendosi riconosciuto, che talune di tali istituzioni avevano nel loro compito di azione coordinativa, di propulsione e di vigilanza spiegata opera proficua.

Trattasi, perciò, di provvedimento di carattere generale, che non intacca l'essenza delle singole leggi, per quanto riflette il compito della profilassi sociale.

La soppressione, quindi, *dei detti organi collegiali*, e su tale concetto ha particolarmente insistito la Direzione Generale della Sanità Pubblica nella circolare del 20 febbraio 1924 ai Prefetti del Regno per l'applicazione del R. D. 30 dicembre

1923, *non deve segnare in alcuna guisa arresto, o, comunque, attenuazioni dell'applicazione delle provvide disposizioni legislative in materia,* e perciò anche nei riguardi della legge per la prevenzione e la cura della pellagra.

Le attribuzioni, già assegnate alle Commissioni pellagrologiche provinciali e comunali, vengono affidate alle amministrazioni provinciali e comunali, e, nei riguardi più particolarmente della parte tecnica, alle autorità sanitarie provinciali e comunali, assistite, anche in questo servizio, dal medico provinciale e Consiglio provinciale di sanità, e dall'ufficiale sanitario.

Norme più precise sono riservate al regolamento, in modo da ottenere che l'esercizio di tali attribuzioni si esplichi con la dovuta garenzia, ed assicuri alla lotta contro la pellagra l'opera di esecutori competenti, zelanti ed appassionati del problema.

Vi è di più.

In questo campo di profilassi contro le malattie sociali, tra cui è compresa la pellagra, il nuovo ordinamento igienico profilattico fa perno principale la provincia, la cui azione ed il cui intervento si sono riconosciuti più idonei e più proficui per il coordinamento delle varie energie e per la integrazione delle scarse ed inadeguate risorse comunali.

L'organizzazione data, affida che la provincia corrisponderà efficacemente al nuovo còmpito conferitole, in quanto, mentre da una parte viene ad avere l'assistenza tecnica del medico provinciale nel servizio igienico sanitario, dall'altra trova nel laboratorio provinciale un congegno tecnico efficace, perchè l'azione profilattica possa svolgersi in modo concreto e benefico.

All'infuori di queste variazioni apportate nel servizio, tutta la legislazione per la prevenzione e la cura della pellagra resta immutata, anzi, ed è ciò di somma importanza per prevenire la reviviscenza della pellagra in zone che possano essere dichiarate indenni, con il nuovo ordinamento viene stabilito l'*obbligo alla provincia di proseguire i provvedimenti di profilassi contro la pellagra per un triennio dopo intervenuta la revoca del decreto di endemia.*

Nessuna riduzione si è effettuata nel concorso dello Stato stabilito dalla legge, e nei bilanci del Ministero dell'Interno come in quello dell'Economia Nazionale sono, infatti stanziati appositi fondi. Sicchè l'azione integrativa dello Stato, ed in particolare la erogazione dei sussidi, non verrà a subire alcuna restrizione.

Non sussiste dunque il timore espresso con tanto calore dai proff. Antonini e Cantarutti, ed il grido di allarme, da essi lanciato, non ha fondamento.

Il Governo Nazionale dedica alla lotta contro la pellagra le più premurose cure, segue il fenomeno epidemiologico con il massimo rigore, ed è deciso ad intensificare gli sforzi per accentuare maggiormente il beneficio sanitario conseguito, fino alla completa redenzione del nostro Paese dalla pellagra.

QUESTIONI PRATICHE.

XIX. — Poteri del Commissario prefettizio.

I Commissari prefettizi, inviati in qualità di amministratori straordinari presso i Comuni, devono ritenersi investiti soltanto della facoltà di compiere *atti conservativi* e di ordinaria gestione nè possono in ogni modo i loro provvedimenti avere effetti maggiori di quelli dei Commissari Regi.

Se però il Prefetto abbia fatto al suo Commissario formale delega di *talune delle proprie facoltà, ratificando poi i singoli provvedimenti,* questi possono anche importare vincoli oltre l'anno al bilancio senza che occorra la ratifica del ricostituito Consiglio.

(Corte di Cassazione del Regno, II Sezione Civile, sentenza 23 gennaio 1924, ric. Comune di Resina).

Data la importanza di questa sentenza, che stabilisce i limiti dei poteri dei Commissari Prefettizi in senso sostanzialmente conforme ai criteri circa « la necessità e la urgenza » fissati dalla V Sezione del Consiglio di Stato con la decisione 23 giugno 1923, da noi già segnalata, riportiamo la motivazione del giudicato della Corte di Cassazione.

« Attesochè circa il terzo mezzo, di cui per la sua maggiore ampiezza e importanza è mestieri occuparsi innanzi tutto, questo Supremo Collegio osserva che per l'art. 3, quarto comma, della vigente legge comunale e provinciale, testo unico 4 febbraio 1915, il Prefetto veglia sull'andamento di tutte le pubbliche amministrazioni, emettendo in caso di urgenza i provvedimenti che crede indispensabili nei diversi rami di servizio, e per l'art. 321 dello stesso testo unico egli, qualora una amministrazione comunale o provinciale si trovi, per qualsiasi motivo, in istato di inazione, dà corso alle spese obbligatorie tanto per disposizione di legge, quanto per antecedenti deliberazioni esecutorie. Inoltre per l'art. 216 di esso testo unico può inviare sul posto un suo commissario per la spedizione di determinati affari in ritardo. Alla prima delle dette disposizioni si riannodano più particolarmente l'art. 1, terzo comma e l'articolo 127 del regolamento tuttora in vigore 12 febbraio 1911. Invero, l'uno dispone che il Prefetto ha facoltà di inviare appositi commissari presso le amministrazioni sottoposte alla sua vigilanza, le quali, per qualsiasi motivo, non possono funzionare, riferendone immediatamente al Ministero competente, e l'altro recita che lo stesso Prefetto a codesti suoi commissari, qualora reggano le amministrazioni comunali, può delegare le sue attribuzioni, delle quali è investito per legge, salvo la sua ratifica

ai singoli provvedimenti da costoro adottati, e tale disposizione si applica anche nei casi del mentovato art. 321. In sostanza qui si tratta di un Commissario prefettizio che, a differenza del caso previsto nel detto art. 216, non esplica la sua attività in rapporto ad uno o più affari, ma assume la rappresentanza dell'ente autarchico.

Non vi ha dubbio che, come ebbero a rilevare le Sezioni unite di questo Supremo Collegio nella sentenza 14 febbraio 1921, la necessità e l'urgenza segnino la sfera di azione di un commissario prefettizio di tal sorta, ma per la migliore soluzione della questione proposta col mezzo in esame, se cioè sempre questi abbia poteri maggiori del R. Commissario straordinario, e possa quindi impegnare il bilancio oltre l'anno col solo visto del prefetto alle sue deliberazioni, è mestieri attualmente tenere conto di un nuovo elemento legislativo sopravvenuto, in quanto al detto art. 324 fu in virtù del decreto-legge 8 settembre 1922, n. 1285, aggiunto un comma, per il quale i contratti di mutuo indistintamente, e quindi qualunque ne sia la durata, possono essere bensì deliberati, oltre che dalle Commissioni straordinarie per le provincie, ben anche dei Commissari regi o prefettizi per i Comuni, ma con l'approvazione della Giunta Provinciale Amministrativa. Tale nuova disposizione non riguarda il negozio giuridico in esame, nè per la materia, nè per ragione di tempo, essendo esso posteriore alla formazione del negozio stesso; ma tuttavia porge argomento per dedurne che sia troppo assoluto il principio che gli atti dei Commissari prefettizi si sottraggono sempre all'ordinario controllo tutorio della mentovata Giunta, nè è senza importanza la considerazione che in cotesto comma aggiunto la situazione del Commissario regio e di quello prefettizio viene riguardata con criterio di perfetta parità, mentre se quest'ultimo potesse far tutto con il solo visto del prefetto sulle sue deliberazioni, non sarebbe per verità stato necessario disciplinarne il comportamento, neanche per i mutui.

Alla stregua di tali rilievi giova riflettere che al certo è inerente all'alto ufficio del prefetto la potestà di sostituirsi direttamente, o anche per il tramite di un suo Commissario, alla inerzia di un'amministrazione comunale, sì da assumerne la rappresentanza, per modo che quando egli, in vista dell'urgenza non disgiunta dalla necessità, si comporti in tal guisa, il suo operato non è soggetto al controllo della Giunta Provinciale Amministrativa, e può impegnare il bilancio dell'ente anche oltre anno, senza pregiudizio, se e come di ragione, della impugnazione per illegittimità, giusta l'art. 22 della legge, t. u., 17 agosto 1907, richiamato nell'art. 328 della legge comunale e provinciale. Ma se il prefetto non agisce direttamente e tuttavia vuole che il Commissario prefettizio sia la sua *longa manus* nei gravi obbietti testè indicati, è mestieri che, come chiaramente dispone il succitato art. 127 del regolamento, gli faccia delegazione delle sue attribuzioni, salva la successiva ratifica per ciascun provvedimento, ond'è che laddove non si abbia notizia o comunque altrimenti non consti della delegazione stessa, è invece da ritenersi che siasi voluto limitare la funzione di esso Commissario prefettizio a scopi di conservazione e di ordinaria gestione nel breve tempo occorrente per la nomina di un regio Commissario. In tale caso sembra ardito supporre che il Commissario prefettizio debba superare cotesto regio Commissario nella estensione degli ordinari poteri, e così essendo, ciò che egli faccia di sua iniziativa non può essere riguardato come l'azione del prefetto, per quanto questi abbia poscia sulla relativa deliberazione rilasciato il suo visto. Due sono i termini che l'art. 127 *expressis verbis* richiede: la delegazione in rapporto a specificate attribuzioni e la successiva ratifica di ciascun provvedimento, e avendo la Corte di merito omesso di accertare la sussistenza nel concreto del primo estremo, mai si riterrebbe, qualora esso sia mancato, che in tema di diritto pubblico attinente alla autarchia comunale, quella deliberazione, sorta in origine con effetti minori, ne abbia poscia conseguito dei più gravi per via di una sanatoria, addirittura innovatrice della sua indole e dei suoi caratteri essenziali.

XX. - Efficacia delle circolari ministeriali.

Le circolari non hanno forza obbligatoria, perchè tutte le norme che hanno un contenuto giuridico devono essere stabilite con leggi e con decreti reali, specialmente se si tratti di provvedimenti che hanno portata finanziaria.

Da esse non può scaturire che un obbligo di osservanza verso i funzionari dipendenti dall'amministrazione pubblica, i quali sono tenuti ad applicarle in forza del vincolo gerarchico.

(Corte di Cassazione del Regno, Sezioni Unite, sentenza 22 gennaio 1924, ric. Mignini).

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Le assicurazioni sociali in Germania.

D. Mugdan (*Klin. Wochenschrift*, genn. 1923) studia acutamente l'« ipertrofia » delle assicurazioni sociali in Germania. Senza parlare delle finanze pubbliche, enormemente aggravate, gli assicurati tollerano il continuo aumento dei loro contributi, in quanto che lo fanno gravare sui loro salari di altrettanto aumentati. Quanto alle casse il loro sviluppo e la loro prosperità apparente sono considerevoli; esse impiegano numerosi funzionari, acquistano locali per le amministrazioni e case di convalescenza; ma le spese a ciò occorrenti non sono proporzionate alle risorse. Le spese pel servizio medico propriamente detto sono ancora quelle relativamente meno aumentate; ed è, dice l'A., solamente su questo punto che insistono le Casse per mascherare gli abusi della loro amministrazione.

Un altro punto pericoloso, e che diviene sempre più pericoloso ed è visto con favore dagli assicurati, consiste nella prestazione in denaro in sostituzione di quella in natura (cure mediche, medicinali, ecc.). L'A. conclude il suo interessante articolo sostenendo la necessità di romperla risolutamente con le pratiche che hanno condotto a questa estensione delle assicurazioni e di tornare agli antichi metodi.

M. C.

Nuovi Consigli degli Ordini.

TRENTO. — *Presidente*: dott. Zanetti Carlo; *vice-presidente*: dott. Erlacher Giacomo; *segretario* e *tesoriere fuori Consiglio*: dott. Rigoni Gino; *consiglieri*: dottori Brunner Antonio, Deleonardi Orlando, Prosser Guido, Stenico Vittorio, Wachtler Guido.

TRIESTE. — *Presidente*: dott. De Porenta Renato; *segretario*: dott. Lang Carlo Alberto; *tesoriere*: dott. Iurcev Giuliano; *consiglieri*: dottori Beltrame Vittorio, Nicolich Giorgio, Ravasini Carlo, Stener Giuseppe.

TRAPANI. — *Presidente*: dott. Napoli Matteo; *segretario*: dott. Pollara Dante; *tesoriere*: dott. Galati Giuseppe; *consiglieri*: dottori Galfano Antonino, Pucci Egidio, Lentini Vincenzo, prof. Baviera Vincenzo.

TREVISO. — *Presidente*: dott. Ziliotto Gaetano; *segretario*: dott. Plateo Giovanni; *tesoriere*: dott. Ricciuti Giovanni; *consigliere anziano*: Placeo Carlo; *consiglieri*: prof. Rubinato Giovanni, dott. Cecconi Ugo, Zuccardi Merli Ferruccio.

UDINE. — *Presidente*: dott. Cavarzerani Antonio; *segretario*: dott. Volpi Ghirardini Gino; *tesoriere*: dott. Carnielli Adelchi; *consiglieri*: dott. Grillo Umberto, Janesch Angelo, Lovisoni Giuseppe, Masotti Pietro.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione; vedi fasc. 13*).

	Lire
Dott. Gaggia Mario, Feltre	50
Dott. Lilla Paolo, Capizzi	25
Dott. Lusena Carlo, id.	20
Dott. Lusena Gastone, id.	30
Dott. Mancini Stefano, id.	20
Dott. Malfanti Ippolito, id.	25
Dott. Marrenghi Gino, id.	20
Dott. Mathieu Arturo, id.	10
Dott. Melidonis Spiro, id.	10
Dott. Pacelli Cristofaro, id.	15
Dott. Pacini Ugo, id.	25
Dott. Paoletti Giuseppe, id.	20
Dott. Pellegrini Federico, id.	25
Dott. Pellegrini Luigi, id.	25
Dott. Antonelli Stanislao, id.	20
Dott. Antoni Pio, id.	10
Dott. Bottari Tullio, id.	20
Dott. Baquis Elia, id.	20
Dott. Becherucci Luigi, id.	10
Dott. Bellucci Luigi, id.	10
Dott. Benedetti Dino, id.	20
Dott. Biagi Silvio, id.	25
Dott. Boita Giovanni, id.	10
Dott. Bonelli Adolfo, id.	10
Dott. Boralevi Emilio, id.	20
Dott. Coen Giuseppe, id.	30
Dott. Cervellati Giuseppe, id.	15
Dott. Campi Umberto, id.	30
Dott. Cardon Giuseppe, id.	10
Dott. Carlini Vittorio, id.	20
Dott. Castellani Enrico, id.	20
Dott. Chierici Massimo, id.	50
Dott. Ciarpi Pietro, id.	5
Dott. Conti Unico, id.	25
Dott. Cortesi Ugo, id.	25
Dott. De Paisant Sebastiano, id.	20
Dott. Daddi Egidio, id.	10
Dott. Del Chiappa G. B., id.	25
Dott. Dello Strologo Art., id.	10
Dott. D'Oria Giuseppe, id.	20
Dott. Funaro Roberto, id.	20
Dott. Federici Federico, id.	25
Dott. Bicchierai Francesco, id.	10
Dott. Fiano Ugo, id.	20
Dott. Dello Strologo Dario, id.	10
Dott. Ceni Ugo, id.	25
Magg. M. Magnini Geremia, Perugia	30
Dott. Taddei Gioacchino, id.	10
Dott. Paci Gino, Livorno	25
Dott. Carelli Augusto, Roma	5
Dott. Rosini Pietro, Montevarchi	25
Ordine dei Medici di Siena	200
Dott. Romanelli Romolo, Quarata	20
Dott. Pieri Gino, Belluno	50
Dott. Curtani Attilio, Gallarate	20
Ospedale Civile di Viterbo	500
Dott. Rocchi Vincenzo, Roma	25
Dott. Di Nola Angelo, id.	50
Dott. Regoli Giuseppe, Perugia	15
Dott. Stampa Umberto, Roma	25
Col. M. Riva Umberto	65
Dott. Vanzi Giuseppe, Roma	10
Dott. Nani Ranieri, Civitavecchia	15
Dott. Gambarini Carlo, id.	15
Dott. Slaiter Umberto, id.	15
Dott. Arrigo Enrico, id.	5
Dott. Nicolai, id.	15
Dott. Colavitti Umberto, id.	15
Dott. Del Pino Gustavo, id.	15
Dott. Del Greco, id.	15
Dott. Parsi Guido, id.	15
Dott. Croce, id.	15
Dtot. Frasso, id.	5

(*Continua*)

CONCORSI.

Posti vacanti.

Barbineto (*Genova*). — Scad. 25 apr. Resid. lire 5000; c.-v.; uff. san. L. 500; mezzo trasp. L. 1800.

Cannero (*Novara*). — Condotta. Scad. 30 aprile. Vedi fasc. 13.

Castiglione in Teverina (*Roma*). — Scad. 20 apr. Capoluogo con annuo servizio nella fraz. S. Egidio; territ. di Orvieto; L. 8000 complessive, di cui lire 6000 per Castiglione e L. 2000 per la fraz.; un c.-v.; L. 300 uff. san.

Conselice (*Ravenna*). — Scad. ore 17 del 25 apr.; per Lavezzola; L. 8000, due c.-v.; per cav. L. 2000.

Giove (*Perugia*). — A tutto 20 mag.; resid. lire 6000, primo c.-v., L. 1000 condotta povera se meno di 300 paganti, L. 500 uff. san. Vaglia di L. 50.15 intestato al Comune. Serv. entro 15 g.

Intragna (*Novara*). — Consor. con Aurano e Caprezzo: per 600 pov. L. 9200 e 2 quinquenni decimo. Età lim. 40. Serv. 1° giugno. Scad. ore 16 del 30 apr. Chiedere annunzio.

Montebelluna (*Belluno*). Scad. 15 mag. L. 10.000, compresa direz. Osped. civile; mezzo trasp. L. 2500; due c.-v.

Mottalciata (*Novara*). — Scad. 20 apr. Stipendio L. 6000, cav. obbligat. L. 4000, uff. san. L. 1000, doppio c.-v.

Nervesa della Battaglia (*Treviso*). — Scad. 30 apr.; L. 6000 per 1000 pov., addizion. L. 2, trasp. L. 2500, se uff. san. L. 700, c.-v., cinque quinquenni. Chiedere avviso.

Ortanova (*Foggia*). — Scad. 20 apr. Popolaz. riunita 1200 ab. L. 4500 (*sic*), doppio c.-v. e indennità «mala aria».

Pratovecchio (*Arezzo*). — Scad. 7 mag.; stip. L. 9000, cav. L. 3000 (variabile), c.-v.; 4 quadrienni di L. 500. Quitanza di L. 50 rilasciata dall'esattore-tesoriere del Comune.

Roma. *Ministero della Marina*. — Scad. 16 mag.: conc. per esami a 20 posti di tenente medico in serv. attivo perm.; stip. iniz. L. 9000; supplem. L. 600; indenn. milit. L. 1800; c.-v.; quadrienni di L. 800; computo serv. di complem. in guerra; età lim. 30 al 18 mar. Esame il 16 giug. in Roma. Norme nella «Gazz. Uff.», dal 25 mar. 1924.

Roncofreddo (*Forlì*). — Scad. 20 apr.; 2ª cond.: L. 8500 e 10 bienni ventes.; prima indenn. c.-v. e metà della seconda.

S. Antimo (*Napoli*). — Scad. ore 14 del 10 mag. L. 5000 (*sic*) senza aum. nè c.-v. Tassa a mezzo di vaglia per L. 50.10 intestato al Tesoriere Comunale. Certif. uff. san. Età lim. 35. Laurea da 5 anni: biennio di condotta o assistentato in «ospedale clinico».

Soncino. *Congreg. di Carità*. — A tutto il 30 apr. Direttore dell'Ospedale di S. Spirito. Vedi fasc. 14.

Vallonara (*Vicenza*). Scad. 30 apr.; L. 6200 e sei quadrienni; due c.-v.; uff. san. L. 400; mezzo trasp. L. 600; età lim. 45; tassa L. 50. Pov. 600 circa su 3169 ab., di cui un terzo agglomerati. Comune parte in colle e parte in alpe.

Venezia. *Ospedale Civile*. — Medico chirurgo assistente. Vedi fasc. 13.

Facoltà Medica dell'Università di Belgrado (Serbia).

I. Concorso per la cattedra di *Igiene*. — II. Concorso per la cattedra di *Radiologia* (Diagnosi e terapia per mezzo dei raggi X). I concorrenti debbono inviare le domande entro il 15 maggio p. v. al preside (decano) della Facoltà, aggiungendovi la loro biografia, con i loro titoli ed i loro titoli scientifici e specificando le lingue che parlano e il grado a cui aspirano (prof. ordinario, prof. straordinario, docente).

Belgrado, 15 marzo 1924.

Il Rettore dell'Università: Burian.

Concorsi a premio.

Milano. *Municipio*. — Il Sindaco avvisa che è aperto il terzo Concorso a due Premi della Fondazione dott. A. Beretta, da conferirsi ai due migliori lavori di clinica medica o di anatomia patologica. Ciascun premio consisterà in medaglia d'oro del valore di L. 500 e in L. 8000 in contanti. Ai premi potranno concorrere i medici i quali, nel giorno di chiusura del Concorso, abbiano da oltre cinque anni stabile residenza in Milano o nella provincia di Milano e che abbiano oltrepassati dodici anni dalla laurea al 28 febbraio 1926. Il Concorso si chiuderà il giorno 28 febbraio 1926 alle ore 12. Chiedere le condizioni.

Roma. *Società Italiana di Medicina Interna*. — Due premi di L. 10.000 ciascuno offerti dalla ditta Hoffmann - La Roche per lavori nel campo della *terapia medica*, per studiosi di cittadinanza italiana (singoli autori, più autori che abbiano collaborato, istituti scientifici non industriali); si può presentare un'unica memoria o più memorie tra loro collegate. Il primo premio per lavori non anter. al 1° genn. 1924; il secondo per lavori pubblicati dal 1° genn. al 31 dic. 1924. Scad. rispettivamente 31 dic. 1924 e 31 dic. 1925 (ore 16).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Girolamo Matronola, assistente alla R. Clinica Chirurgica di Roma diretta dal prof. Roberto Alessandri, ha conseguito la libera docenza in patologia speciale chirurgica. La Commissione esaminatrice, composta dei proff. Pestalozza, Perez, Dalla Vedova, Roncali, Caucci ha giudicato veramente lodevole il lavoro presentato dal dott. Matronola sulle «Lesioni traumatiche del testicolo» ed ha espresso la sua piena soddisfazione per il modo col quale egli ha svolto la lezione di prova sulle «Appendiciti». Rallegramenti cordiali.

Il prof. R. Porcelli è stato nominato dal Ministero dell'interno ispettore dermosifilografo per la provincia di Livorno.

L'«Academia de Medicina» di Madrid ha assegnato il premio Salgado al dott. Pio Arias Carvajal per la sua opera «Tuberculosis».

NOTIZIE DIVERSE.

VI Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro.

È indetto a Venezia dal 1° al 4 giugno; verrà inaugurato nella Sala Napoleonica (Piazza S. Marco); i lavori si svolgeranno nell'Ateneo Veneto (Campo S. Fantin). Presidenti Generali del Comitato d'onore sono: S. E. prof. Corbino e il prof. Luigi Devoto.

La segreteria ha sede in Campo San Stefano, numero 2768.

La quota d'iscrizione è di L. 25 per i Congressisti e di L. 50 per gli Enti che aderiscono al Congresso. Speciali riduzioni ferroviarie, d'albergo e di ristoranti sono concesse ai Congressisti. Saranno organizzate gite a scopo scientifico.

Temi ufficiali: 1) Effetti della monotonia del lavoro: Relatore prof. E. Cevidalli; 2) Assistenza prenatale alla madre operaia sana e malata: relatore prof. L. Ferrannini; 3) Avvelenamenti professionali per via inalatoria: relatore prof. Preti; 4) Orari ridotti di lavoro per gli invalidi parziali: relatori professori G. Pieraccini e F. Vitali; 5) Sugli studi più recenti della patologia del lavoro: relatore prof. G. Giglioli; 6. Relazione medico-igienica sugli esercizi delle Assicurazioni obbligatorie in Italia: G. Pisenti.

I Congresso Nazionale della Società Italiana oto-neuro-oftalmologica.

Per iniziativa del prof. Di Marzio, un gruppo di Medici, riunito in assemblea in Roma la sera del 12 marzo, ha costituito la Società Italiana Oto-neuro-oftalmologica allo scopo di intensificare il lavoro scientifico e clinico nel campo comune alle tre branche della Medicina: l'oftalmologia, l'otorinolaringoiatria e la neurologia.

L'assemblea, dopo aver eletto per acclamazione il Comitato dei prof.ri G. Mingazzini, G. Ferreri e Q. Di Marzio, deliberò di tenere il «I Congresso Nazionale» il 25 ottobre corr. a., in Napoli.

È stato costituito il Comitato del Congresso con i più distinti neurologi, oculisti ed otoiatri italiani, sotto l'alto patronato del sen. prof. Leonardo Bianchi.

Per le adesioni alla Società rivolgersi al prof. Q. Di Marzio, direttore della «Rivista oto-neuro-oftalmologica», in Roma, via Marsala 8; per tutto ciò che riguarda il Congresso al prof. G. De Vincentiis in Napoli, via Museo, 90.

La " Sezione Alta Italia „ della Associazione Italiana di Idrologia,

riunita in seduta ordinaria, ha espresso voto unanime di vivissimo plauso al programma del senatore Mangiagalli per la Idrologia italiana. Vennero inoltre fissate, su proposta del prof. L. Devoto, le direttive generali ed i principali argomenti di discussione per il prossimo Congresso Nazionale Idroclimatologico di Abbazia (prima decade di giugno), il quale riuscirà una grande affermazione ad un tempo scientifica e patriottica.

Dopo che il gr. uff. Rebucci, Presidente della Federazione Termale Italiana, ebbe esposto, in lucida sintesi, quanto più urgentemente occorre per lo sviluppo delle nostre Stazioni idrologiche, climatiche, ecc., venne inviato un telegramma a S. E. Mussolini di vivo plauso per quanto già fatto in questo campo dall'attuale Governo e auspicando alla attuazione di un «Credito Termale» a sussidio delle private iniziative, con appoggio dello Stato.

Il prof. Piccinini, che presiedeva la seduta, tenne poi, davanti ad un eletto uditorio, una conferenza, vivamente applaudita, su «La Idrologia come corpo scientifico anche nei suoi rapporti colle altre Scienze».

Corso di perfezionamento sulla malaria.

Nella prima quindicina di giugno c. a. s'inizierà in Roma un corso superiore di perfezionamento per alcuni medici argentini inviati espressamente dal Governo della Repubblica. Questa iniziativa è stata presa da un comitato di malariologi romani composto dai proff. Marchiafava (presidente), V. Ascoli, Dionisi (vice presidenti), Bastianelli G., Alessandrini G., Grassi, Gaglio, Gosio, Bignami, Nazari, Gualdi, Sanarelli e dall'ing. Calletti.

Il corso si comporrà di conferenze e dimostrazioni pratiche tenute dagli stessi organizzatori e sarà completato da gite sui luoghi malarici; durerà dal giugno al settembre.

Si porta a conoscenza dei signori sanitari che sono stati riservati dieci posti per medici italiani. Le domande di ammissione al corso dovranno essere inviate non più tardi del 30 aprile c. a. al segretario dei corsi dott. G. Radogna, via Torino 163, Roma. La tassa d'iscrizione è fissata in L. 250. Si darà la preferenza ai medici residenti in zone malariche.

Corso accelerato sulle malattie tubercolari.

Ricordiamo che, come avemmo ad annunziare sul fasc. 6, p. 206, nell'Istituto di studi scientifico pratici sulla tubercolosi che ha sede in Genova presso la Clinica Medica della R. Università diretta dal prof. sen. E. Maragliano, si svolgerà dal 24 aprile 1924 al 23 maggio 1924 un Corso Accelerato sulla Patologia e Clinica della Tubercolosi.

Indirizzare le domande alla Direzione, via Balilla, 5 - Genova.

Corso di perfezionamento di clinica pediatrica.

Avrà luogo nella R. Università di Napoli dal 28 aprile al 31 maggio.

La quota d'iscrizione, da versare all'economo della R. Università, è di L. 250,50 più L. 50,10 per tassa d'esami e diploma.

Il numero degli iscritti è limitato. Domande al Rettore, entro il 26 aprile.

La futura Facoltà Medica di Milano.

In seguito ad accordi tra il Consiglio degli Istituti Ospedalieri e la Commissione esecutiva per la Università di Milano presieduta dal sen. Mangiagalli, si è stipulato uno schema di convenzione secondo il quale il Consiglio si obbliga, in relazio-

ne alle disposizioni dell'art. 98 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, sulle Istituzioni pubbliche di beneficenza, di mettere a disposizione della R. Università di Milano, *senza verun corrispettivo, esclusivamente pei fini didattici e scientifici della Facoltà medico-chirurgica*, la serie di reparti nosocomiali, sotto specificati, coi degenti ricoverati a titolo ospedaliero, nonchè i gabinetti, i laboratori e gli altri annessi servizi accessori dei riparti stessi e col personale sanitario, di ispezione, di sorveglianza e di assistenza immediata, assegnatovi secondo le tabelle organiche e le norme ospitaliere. Sono specificate le disposizioni in caso di controversie, le modalità circa il prelievo degli ammalati da parte della Clinica medica, circa le prestazioni del personale sanitario universitario e le retribuzioni relative da parte dell'Ospedale.

Salvo le ulteriori richieste che a norma di legge potranno essere successivamente fatte all'Amministrazione Ospitaliera dalla Università, viene stabilito che il Consiglio degli Istituti Ospitalieri dal 1° ottobre 1924 metterà a disposizione:

della Clinica chirurgica il Padiglione Zonda con circa 100 letti e relativi attuali laboratori;

della Clinica dermosifilopatica il Padiglione di via Pace con circa 100 letti e coi relativi attuali laboratori;

della Clinica delle malattie nervose il Padiglione Biffi (Sezione Neuropatologica) con circa 40 letti e coi relativi attuali laboratori;

della Clinica otorinolaringoiatrica la relativa divisione dell'Ospedale Maggiore con circa 40 letti e cogli annessi attuali laboratori;

della Clinica delle malattie urinarie il Padiglione Riva con circa 65 letti e cogli annessi attuali laboratori;

dell'Istituto di diagnostica oculistica la divisione oftalmoiatrica dell'Ospedale Maggiore con circa 120 letti e coi relativi attuali laboratori;

dell'Istituto di semejotica medica una divisione medica dell'Ospedale Maggiore con circa 120 letti e coi relativi attuali laboratori;

dell'Istituto di semejotica chirurgica una divisione chirurgica dell'Ospedale Maggiore con circa 120 letti e coi relativi attuali laboratori;

dell'Istituto di patologia speciale medica l'Ospedale Ciceri, detto Fatebenesorelle, con circa 100 letti e coi relativi attuali laboratori;

dell'Istituto di patologia speciale chirurgica il Padiglione dell'Ospedale Maggiore presso il suddetto Ospedale Ciceri, con circa 80 letti e coi relativi attuali laboratori.

I reparti dell'otorinolaringojatria, dell'urologia, della semejotica medica, della semejotica chirurgica e della diagnostica oftalmica sono, come sopra, concessi alla R. Università in quanto i titolari, od incaricati dei relativi insegnamenti, siano anche delegati dal Consiglio Ospitaliero a dirigere i reparti stessi. Ove questo non avvenisse, saranno presi nuovi accordi fra il Consiglio degli Istituti Ospitalieri e la R. Università, per assicurare lo svolgimento dei detti insegnamenti universitari.

Per la biblioteca universitaria a Bari.

Essendo sentito il bisogno di una Biblioteca scientifica per la Facoltà di Medicina di questa nascente Università, il comm. Francesco Damiani, direttore della Biblioteca Ricchetti, si è offerto di concorrere con acquisti di libri e di riviste a quest'opera di aiuto agli studii. Intanto si è iniziato il lavoro per l'abbonamento a varii periodici italiani e stranieri, riflettenti le varie branche della medicina e della chirurgia.

Per le Cliniche a Torino.

I clinici di Torino si sono rivolti alla cittadinanza, rilevando che la nuova legge sull'istruzione e la conseguente riforma universitaria rendono l'Università di Torino autonoma e ne fanno un Ente regionale, di modo che il suo sviluppo e la sua funzione restano affidate alle forze cittadine e regionali; fanno appello perchè, considerata la gravità della situazione e la necessità di pronte e larghe risoluzioni, si voglia con slancio degno della antica tradizione, portare l'aiuto indispensabile per costituire Istituti clinici adeguati ai tempi.

Assistenti militari alle Cliniche universitarie ed Istituti scientifici.

Per l'anno accademico 1923-24 sono stati destinati alle cliniche ed istituti scientifici delle RR. Università 13 ufficiali medici (6 maggiori e 7 capitani): 4 alle cliniche mediche, 2 alle cliniche oculiste, 2 alle cliniche otorinolaringoiatriche, 3 agli Istituti d'igiene e 2 agli Istituti di radiologia. Sono stati confermati per un altro anno alle cliniche ed istituti scientifici universitari 11 maggiori e 6 capitani medici.

Assemblea dei professori universitari aderenti al Sindacato Fascista.

L'Ufficio Stampa delle Corporazioni laziali fasciste comunica:

La sera del 16 febbraio ha avuto luogo l'assemblea generale dei soci del Sindacato fascista professori universitari di Roma, presente il professore Giorgio Del Vecchio, segretario provinciale della Corporazione della Scuola. Fra gli altri, erano presenti i proff. Anastasi, Alfieri, Cavalieri, Cirincione, Chiavaro, Ottolenghi, i quali presero parte alla trattazione degli importanti problemi discussi. Dopo aver constatato lo sviluppo del Sindacato stesso, si sono presi accordi per l'organizzazione e la propaganda. Si è svolta, quindi, una ampia e serena discussione su vari argomenti connessi con la Riforma universitaria: discussione che sarà proseguita in una prossima adunanza. Infine, si sono votati due ordini del giorno, presentati dai proff. Anastasi e Cirincione concernenti rispettivamente i bisogni delle scuole di ingegneria, e la condizione degli assistenti e degli aiuti universitari.

Casellario Centrale infortuni presso il Ministero dell'Economia Nazionale.

Il Casellario Centrale Infortuni, istituito con R. Decreto 23 marzo 1922, n. 387, ha pubblicato la relazione inerente al suo primo anno di esercizio.

Nella prima parte dell'atto in parola sono riassunti gli studi ed i lavori che condussero alla preparazione di questo Istituto il quale ha lo scopo di stabilire, mediante una serie di controlli metodici, se nella denuncia di un infortunio si riscontrino eventuali elementi di frode.

Il Casellario, costituito quale Istituto autonomo con sede presso il Ministero dell'Economia Nazionale, è amministrato da un Comitato di tre membri, due dei quali — il comm. Bargoni ed il prof. Zevi — sono rappresentanti di tutti gli Istituti assicuratori di infortuni, i quali ne sostengono completamente il carico finanziario, mentre il terzo, che lo presiede, è il dott. Calamani, Direttore Generale del Lavoro e della Previdenza Sociale. Il Casellario è diretto dal dott. Cesare Giannini.

Il Casellario intese in un primo periodo alla raccolta delle schede relative ad infortuni permanenti, che raggiungevano già nel dicembre la cifra di 50 mila, ed iniziò nel secondo semestre il servizio di ricerca e d'informazione nel cui svolgimento si ebbero a manifestare importantissimi e caratteristici casi di duplicazione di denuncia.

L'Istituto, pertanto, ha praticamente confermato di corrispondere a quelle finalità pratiche le quali costituiscono la integrazione dello scopo fondamentale, di elevatissima etica sociale, che è quello di rappresentare l'elemento migliore per la moralizzazione della legge.

A proposito di un simile Istituto, nel quale si conciliano tendenze e voti scientifici con la tutela di interessi ragguardevolissimi, va rilevato altresì che esso costituisce un cospicuo presidio per l'industria, dai cui oneri occorreva appunto allontanare ogni pretesa fraudolenta ed ogni esagerazione di asserti diritti.

Il Casellario Centrale, che ha assunto un'organizzazione scevra di pesantezze burocratiche ed inspirata alla massima economia, si è già tracciato un programma di perfezionamento, nel quale assume una eccezionale importanza il servizio di statistica che era sino ad oggi un voto quasi irraggiungibile per il frazionamento dell'attività infortunistica tra molti Istituti che hanno raggiunto oggi, almeno in parte, attraverso il Casellario quel coordinamento che era il voto di oltre 25 anni.

La relazione del primo anno di esercizio del Casellario Centrale è stata discussa ed approvata dal Comitato Amministrativo.

I problemi del lavoro e l'attività dell'Istituto Italiano di igiene, previdenza ed assistenza sociale.

In armonia al suo programma fondamentale e grazie alle sue nuove possibilità, l'I.P.A.S. ha cominciato a svolgere un'opera intensa di propaganda igienica tra le masse operaie dei maggiori opifici della Capitale.

A tal uopo è stato incaricato il noto igienista dott. V. Fraschetti, già medico ispettore dell'Ufficio Municipale del Lavoro, di tenere una serie di brevi conferenze agli operai su argomenti vari di igiene individuale e collettiva.

Tale sana opera di educazione sociale ha raggiunto, nel corso di questi primi mesi, oltre 3,000 operai.

Creazione di una Filmoteca Nazionale di igiene e assistenza sociale - Fondazione " Massimo Bingen ".

A cura dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, nella sua nuova sede in Palazzo Sciarra, presso la Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali (via Minghetti, 17), è stata creata, per iniziativa del fondatore prof. Ettore Levi, Commissario Governativo, una collezione di «*films cinematografiche*» a finalità di educazione sociale nel campo della medicina preventiva, in riguardo ai fondamentali problemi dell'abitazione, dell'alimentazione, del lavoro, della scuola, ecc., grazie alla illuminata generosità dei genitori di un valoroso caduto in guerra, il giovane Massimo Bingen, nato a Genova il 5 gennaio 1890, uscito «primo laureato» della «Ecole des Hautes Etudes Commerciales» di Parigi, con medaglia d'oro della Camera di Commercio Parigina, e che, pur essendo stato riformato, volle partecipare alla guerra italiana, e cadde valorosamente sul Monte Zebio (Altipiano di Asiago) il 29 luglio 1916.

La generosa offerta della famiglia Bingen ha permesso al prof. Levi di acquistare a Parigi, presso la Lega delle Società della Croce Rossa e le grandi Case cinematografiche francesi specializzate in materia, una notevole collezione di *films* scientifiche, romanzesche, comiche, illustranti i principali problemi di difesa contro le malattie infettive, gli infortuni, di lotta contro la tubercolosi, i morbi venerei, l'alcoolismo, di protezione della maternità e dell'infanzia. Saranno presto proiettate gratuitamente.

Nella Sanità militare marittima.

Il prof. Rodolfo Bressanin, generale medico capo direttore centrale della Sanità militare marittima, lascia il posto per limiti di carriera.

A lui subentra il generale medico capo Cavalli.

Contemporaneamente avviene il trapasso anche nella direzione degli «Annali di Medicina Navale e Coloniale», un periodico il quale ha saputo conquistarsi largo credito nella famiglia medica. Esso, indubbiamente, saprà mantenersi all'altezza raggiunta, a cura della nuova direzione.

In onore del prof. sen. Grassi.

Il Re ha inviato al prof. Battista Grassi, in occasione del suo 70° anno di età, il seguente telegramma:

«All'illustre scienziato nella ricorrenza del suo 70° anniversario le mie vive felicitazioni ed i miei auguri migliori. — *Vittorio Emanuele*».

Le onoranze pubbliche avranno luogo il giorno 8 giugno in un'aula dell'Università. In tale occasione verrà istituita la Fondazione Grassi per lo studio zoologico delle malattie parassitarie per cui a tutt'oggi sono state già raccolte, per sottoscrizione, lire 65,000.

Per le onoranze a Guido Baccelli.

Il Comitato nazionale per le onoranze — che ha alla testa il prof. Vittorio Ascoli, quale segretario generale il prof. Romolo Artioli e come tesoriere il comm. Ferruccio Ambrosi — ha sede presso l'Unione Storia ed Arte, in via S. Pantaleo, 66, Roma, e riceve le offerte e le richieste di schede tutti i giorni feriali (ore 9-12, 16-20). Il lunedì sera (19-21), è sempre in ufficio il segretario generale.

La Camera di Commercio di Roma, su proposta del presidente on. Fortunati e del vice-presidente gr. uff. Pellegrino Ascarelli ha, in questi giorni, deliberato la concessione della somma di L. 5000, come contributo alle onoranze al Baccelli.

Il cav. Antonio Cuoco, pubblicista, figlio di un notabile italiano del Brasile, si sta poi simpaticamente occupando perchè anche le colonie italiane dell'America meridionale e settentrionale contribuiscano all'erezione del monumento a Guido Baccelli.

Si vanno preparando a Roma varii trattenimenti per la raccolta di fondi.

Per la ristampa delle opere di Agostino Bassi.

S. E. Benito Mussolini ha accettato la presidenza del Comitato Nazionale per la ristampa delle opere di Agostino Bassi, ed ha inviato alla Presidenza della Società Medica di Pavia, che ne aveva preso l'inizitiva, la sua piena adesione «con animo e fierezza di italiano».

Con S. E. il Ministro Gentile è stato invitato alla vice-presidenza il sen. Camillo Golgi il quale detterà la prefazione al volume, mentre il sen. prof. Batt. Grassi si è offerto di preparare uno studio bio-bibliografico sull'opera del Bassi.

Il Comitato d'onore è composto di un gruppo numeroso di Scienziati e di Personalità italiane che hanno con entusiasmo aderito a questa opera di rivendicazione scientifica nazionale.

Il Comitato Esecutivo sotto la Presidenza del prof. Emilio Alfieri, coadiuvato dal vice-presidente prof. Ernesto Bertarelli e dal Segretario Generale prof. Gian Carlo Riquier (da cui partì la iniziativa prima) attende al nobile lavoro. Si stanno raccogliendo i fondi necessari per offrire il volume in omaggio a tutte le più importanti Accademie del mondo.

In memoria del prof. Lorenzo Borri.

La «Rassegna della Previdenza Sociale», che si pubblica a cura della Cassa Nazionale Infortuni, ha dedicato gran parte del suo fascicolo di marzo, ad onorare la memoria del prof. Lorenzo Borri. Si apre con quattro perizie inedite del Borri: segue una raccolta di scritti sull'opera scientifica e sociale di lui, dettati da cultori della Medicina legale e dell'infortunistica: Cesare Biondi, Francesco Carnelutti, Mario Carrara, Attilio Cevidalli, Salvatore Ottolenghi; segue una completa bibliografia, a cura del prof. Francesco Leoncini.

Mentre in Firenze è uscito in questi giorni un volume degli scritti vari di Lorenzo Borri, questo fascicolo della «Rassegna della Previdenza Sociale» vale a lumeggiare completamente, dal punto di vista scientifico, la poliedrica figura del primo infortunista d'Italia.

Il clero e l'igiene.

Con riferimento alla notizia da noi riportata nel fasc. 31, p. 379, sotto questo titolo, rileviamo dallo stesso periodico «L'Italia Sanitaria» che anche nel Seminario Teologico regionale delle Marche, il quale ha sede in Fano, è stato fin dai primi del corrente anno iniziato un corso d'igiene ai chierici su iniziativa del rettore del Seminario stesso mons. P. Ettore Castelli. Il corso si svolge in conferenze settimanali tenute dall'egregio dottore Enrico Pinzani, Ufficiale Sanitario di Fano, allo scopo di stimolare il progresso igienico del nuovo clero, e quindi anche delle popolazioni, mercè l'opera del sacerdote a fianco del medico. Detto corso fu anche tenuto per un biennio avanti la guerra.

Dopo lunga malattia, la mattina del 19 marzo u. s. si spense in Camerino il prof. GIULIO KACZANDER, ordinario di anatomia umana normale nell'Ateneo Camerte da circa un trentennio. Era nato a Miskolez (Ungheria) il 18 marzo 1851 ed ancora giovanissimo fu assistente del prof. Mialkovich, ordinario di anatomia a Budapest. Di poi passò a Vienna, presso il prof. Schenck, a perfezionarsi in embriologia ed ivi rimase fino a che il prof. Vlacowich, ordinario di anatomia nella Università di Padova, lo chiamò presso di sè in qualità di assistente. Nel 1892 prese parte al concorso per straordinario di anatomia nella Università di Perugia in cui riuscì primo insieme al prof. Valenti. In base al risultato di tale concorso il prof. Kaczander venne chiamato ad insegnare anatomia umana nella Università di Camerino.

Ha lasciato molti lavori originali fra cui importanti quelli sulla struttura e morfologia del ganglio ciliare e sulla morfologia del muscolo retto dell'addome. Rivestì la carica di Preside della Facoltà Medico-Chirurgica.

Lascia largo rimpianto nella memoria di tutti quanti lo conobbero, e di coloro che lo ebbero insuperabile maestro nell'insegnamento delle discipline anatomiche, fulgido esempio di rara onestà e di attaccamento al proprio dovere.

A. CHISTONI.

È doveroso registrare la morte, avvenuta a Parigi, in età di 93 anni, di L. A. COLLIN, costruttore di strumenti e apparecchi medico-chirurgici dotato di spirito inventivo e di tecnicismo meravigliosi. Cominciò con l'uretrotomo, costruito per ispirazione e con la collaborazione di Maisonneuve; realizzò l'idea di Paquelin del termocauterio e quella di Tarnier del forcipe traente nell'asse; immaginò l'articolazione detta di Collin. Il suo nome resterà legato a moltissimi altri presidii dimostrativi preziosi nella pratica corrente. L'azienda viene ora continuata dal figlio.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Ann. di Med. Nav. e Col., gen.-feb. — E. EHERNFREUND. La sincope a bordo. — G. FIORITO. Virulenza di alcuni germi del cadavere.

Rass. di Clin., ecc., gen.-feb. — U. BACCARANI. Cura tiroidea nelle forme iniziali di artritismo.

Acta Dermato-Venereol., dic. — J. GOLAY. Idroadenoma delle palpebre inferiori. — K. GRÖN. Dermite papulosa sifiloide posterosiva.

Ann. di Ostetr. e Ginec., feb. — C. TENCONI. Vulvovaginiti infantili. — E. F. FABBRI. Pessario a becco esterno contro i prolassi genitali.

Rinascenza Med., 15 mar. — G. NUZZI. La sesamoidalgia. — O. I. SAGGIORO. Cellule giganti di Bizzozero nel sangue circolante.

Igiene Moderna, gen. — G. TACCONE. Vaccino-diagnosi, profilassia e terapia nella pertosse.

Folia gynaecol., 4. — R. ALAMANNI. Echinococco pelvico in gravidanza. — A. FORNERO e R. BALLI. Correlazioni interglandolari dell'utero sottoposto ai raggi X.

Brazil-Med., 9 feb. — A. NOBRE. Calcolo in diverticolo dell'uretra.

Arch. Méd. Belges, gen. — L. DAUTREBANDE. Sequele di gas di combattimento.

Journal Amer. Med. Assoc., 2 feb. — J. H. BARACH. Sul trattam. insulinico del diab. — H. L. BARACH. Alimentaz. digiunale nell'ulcera peptica. S. J. DRUSKIN. Indicazioni e metodi dell'aborto provocato. — V. C. ROWLAND. La perniciosità dell' anemia emolitica della gravidanza.

Id., 9 feb. — G. DRAPER, H. DUNN e D. SEEGAL. Antropometria clinica. — M. R. JONES. L'acido cloridr. nella cura del rachit. — J. W. BRODNAX. Ernia sciatica (divertic. di Meckel erniato attraverso il gran forame sciat.). — G. J. RUSK e V. RANDOLPH. Reperti anatomici in casi simulanti la tub. polm. — A. M. FISHBERG. L'arteriosclerosi nella defic. tiroidea.

Spitalul, feb. — G. MARINESCO e D. S. DRAGANESCO. Colesteatoma del mid. spin. coesistente con cavità siringomieliche. — I. V. BISTRICEANN. Sindrome dell'arteria cerebellare postero-inferiore.

Scalpel, 8 mar. — NOEVER. Fistola digiuno-colica da ulcera peptica postoperatoria del digiuno. — R. LEDENT. Il cuore e gli sport.

Radium e la Diatermia, 15 mar. — MASOTTI. La cura radiante e diatermo-coagulante dei seni-frontali.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 21 Aprile 1924 Fasc. 16

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAGGIORE DI S. GIOVANNI BATTISTA E DELLA CITTÀ DI TORINO.

SEZIONE CHIRURGICA diretta dal prof. L. BOBBIO.

Appendice totalmente distaccata e sequestrata in un laparocele epiploico post-operativo.

Dott. GINO BETTAZZI, assistente.

Grazie al consiglio del mio primario prof. Bobbio, mi è dato riferire sopra il raro reperto di una appendice completamente staccata dal ceco e sequestrata in una grossa bozza di epiploon, accidentalmente rinvenuta durante un intervento per laparocele post-operativo.

Si tratta di un uomo quarantenne, il quale dall'età di trentasei anni sofferse ripetutamente di coliche appendicolari, e che diciotto mesi or sono in seguito ad un violento attacco della malattia dovette essere trasportato all'ospedale, ed operato d'urgenza.

L'ammalato ricorda che dopo l'operazione dovette essere medicato quasi ogni giorno non essendo stata suturata del tutto la breccia operatoria: e che dopo una degenza in ospedale di circa due mesi uscì guarito. Certamente dovette trattarsi di un ascesso appendicolare che venne aperto e drenato. Nel periodo di tempo che da allora decorse, l'ammalato ebbe a lamentare più volte la comparsa sull'antica ferita di un piccolo bottone dolente, arrossato, che aprendosi spontaneamente lasciava uscire qualche goccia di pus, per rimarginarsi poi adagio adagio. Tre o quattro volte ciò avvenne nel corso di sedici mesi, prima che l'ammalato ricorresse alle nostre cure.

Presso la ferita laparotomica (parainguinale piuttosto alta) si discernono le piccole cicatrici delle fistole guarite.

Nel momento della nostra osservazione, ciò che essenzialmente disturba l'ammalato (causa di tempo in tempo di dolori addominali) è la presenza nella parte bassa della cicatrice di un laparocele discretamente voluminoso, di consistenza dura, irriducibile, certamente a contenuto epiploico.

Operazione: morfiocloronarcosi. Incisione obliqua sul tumore erniario. Il sottile sacco peritoneale che si mette in luce è in alcuni punti fittamente aderente al cellulare ed alla cicatrice laparotomica. Con molta precauzione si riesce ad isolarlo fino alla porta erniaria che è relativamente piccola (moneta di un vecchio soldo).

Aperto il sacco, appare l'epiploon che aderisce in parecchi punti alle varie concamerazioni del sacco. L'epiploon isolato da ogni aderenza, viene resecato presso la porta erniaria, ma il breve peduncolo residuale non si riduce. Allargata allora convenientemente la porta erniaria mediante opportuna incisione, si riscontra ancora un grosso gavocciolo di epiploon che aderisce assai saldamente al peritoneo parietale sul bordo esterno dell'incisione laparotomica, esattamente in rapporto alla antica cicatrice.

Isolato ed escisso questo secondo gavocciolo di epiploon è agevole esplorare la fossa iliaca destra ed il colon ascendente.

Il ceco alquanto ectasico è fissato nella fossa iliaca da tenui aderenze di sicura natura infiammatoria; una briglia epiploica raggiunge il confluente ileo colico inserendosi presso la estremità inferiore del ceco. Liberato il ceco dalle tenui aderenze, l'appendice viene inutilmente ricercata nella sede normale. L'operazione ha termine con la sutura totale della parete in triplice strato.

Esaminati i pezzi di epiploon escissi, rintracciammo nel secondo di essi un corpo allungato, cilindrico, di consistenza dura sclerosa, della lunghezza approssimativa di cm. 3 e diametro inferiore ad un centimetro, che ha tutte le apparenze di una appendice o per lo meno di un pezzo di appendice inglobata e sequestrata nel gavocciolo di epiploon. Sul momento dubitammo anche potersi trattare di un nodo scleroso sviluppatosi attorno ad un filo di seta, ma l'esame microscopico ci tolse da ogni dubbio dimostrando trattarsi di un pezzo di appendice con le caratteristiche di un'infiammazione a tipo fibroscleroso, che interessava quasi uniformemente, mucosa muscolare e sierosa.

È noto come l'appendice in conseguenza di un attacco flogistico possa essere sede di ulcerazioni e di gangrena.

Ulcerazione e gangrena si riscontrano ordinariamente alla punta dell'appendice, ma non è raro che lo stesso fatto si verifichi in un altro settore dell'appendice o presso la base, estendendosi a tutta la circonferenza dell'organo e determinando distacchi parziali o totali di esso.

Ordinariamente, stabilitosi il quadro acuto dell'ascesso appendicolare, le porzioni di appendice staccate (o l'appendice stessa staccata dal ceco) si eliminano attraverso la breccia operativa col pus nel quale essi sono immersi, spesso irriconoscibili perchè in totale sfacelo, spappolati e disciolti nel liquame purulento. In un caso di Delorme l'esame di una pseudomembrana eliminata col pus dimostrò istologicamente trattarsi di una parete organica, in alcuni punti perfettamente tubulare, con le caratteristiche istopatologiche di un'appendice necrobiotica.

Alla guarigione di questi gravi processi infiammatori è noto quale importantissima parte spetti all'epiploon, provvida barriera di difesa, che esercita ad un tempo un'importantissima funzione di assorbimento e di drenaggio.

In seguito a reiterati attacchi infiammatori l'appendice può subire una vera distruzione ed un riassorbimento totale da parte dell'epiploon che accorre in difesa, sicchè non è raro in operazioni eseguite a freddo riscontrare soltanto più sul ceco una ganga aderenziale senza rintracciare l'organo al quale è attribuita la malattia (Guinard).

Talora un breve moncone di appendice, tozzo, difeso ed affondato in una massa adiposa epiploica aderente al ceco, sta ad indicare il grande potere protettivo dell'epiploon, che non solo ha posto una valida barriera al processo flogistico, ma lo ha vinto, ed ha riassorbito i liquidi settici che si produssero, e con essi i prodotti di sfacelo dell'appendice stessa. Il nostro caso insegna quale meraviglioso lavoro di protezione e di difesa abbia esercitato l'epiploon riassorbendo adagio adagio gli essudati, ed inglobando l'appendice che si era staccata dal ceco in conseguenza di un processo ulcerativo o gangrenoso, fagocitandola adagio adagio con un lentissimo ma continuo lavorio di riassorbimento, che certamente col tempo avrebbe determinato la distruzione totale dell'organo. Come nel caso molto dimostrativo illustrato da Cignozzi, il ceco lievemente aderente alla fossa iliaca non prese tava alcuna traccia di appendice (che certamente si era distaccata dalla base di impianto) ed il residuale moncone appendicolare, inglobato dall'epiploon, si trovava assai lontano dalla sua sede, risalita in alto nell'addome e fissata coll'intermediario dell'epiploon al peritoneo parietale, sotto l'antica cicatrice di operazione.

Questa appendice sequestrata dal grande omento e da questo condotta fino a contatto della parete addominale, dovette essere la causa unica delle piccole fistole che temporaneamente si apersero lungo la cicatrice operatoria del nostro ammalato, nei sedici mesi che decorsero dal suo esito dall'ospedale, dopo la prima operazione subita.

L'appendice da noi rintracciata rappresentava un permanente focolaio microbico dal quale periodicamente si riaccesero piccoli processi suppurativi con formazione di fistole attraverso le quali probabilmente si eliminarono piccoli pezzetti di appendice comportantisi come corpi estranei. Il tipo patogenetico comune degli ascessi a decorso cronico della parete addominale, che si osservano a lunga scadenza dagli interventi operativi, è dato in linea generale da un filo di seta o di metallo impiegato nelle suture e che non è stato assorbito. Questa entità morbosa è da ravvicinare in sostanza alle epiploiti croniche che si manifestano attorno a legature perse in pieno peritoneo.

Il mio caso dimostra che i detti processi suppurativi cronici della parete addominale insorgenti a distanza dopo interventi sull'appendice, non sono certamente sempre legati al mancato riassorbimento di un filo, ma sono da attribuire spesso alla persistenza di un piccolo focolaio microbico capace di provocare il

processo suppurativo. E con questo approvo pienamente le vedute di Melchior. Egli essendosi persuaso che parecchi ascessi cronici della parete addominale manifestatisi sopra antiche cicatrici da appendicectomia, non traevano la loro origine da punti di seta o di metallo, si oppose alle asserzioni di Göbel che definiva gli ascessi del genere suddetto con la terminologia molto espressiva di «accidenti di fili».

Melchior sostiene che in mancanza di corpi estranei che possano spiegare la causa della suppurazione, detti ascessi sono da attribuire o all'impregnazione microbica della parete addominale al momento dell'infezione originale o alla disseminazione microbica su di essa al momento dell'operazione, o ad un calcolo fecale, o ad un lembetto di appendice rimasto libero nel focolaio primitivo o trasportato a contatto della parete. Nel mio caso abbiamo una prova della verità di queste asserzioni; l'appendice inglobata nell'epiploon subito al disotto della cicatrice operatoria era la vera ed unica causa della suppurazione.

BIBLIOGRAFIA.

Melchior. *Tumeurs inflammatoires et abcés tardifs de la paroi après les appendicites.* La Sémaine médicale, n. 43, 22 oct. 1913.

Cignozzi. *Il distacco totale dell'appendice e l'azione difensiva dell'epiploon.* Il Policlinico, Sez. Chirurgica, fasc. 3, 15 marzo 1922.

Guinard. *Appendicite.* Traité de Chirurgie Le Dentu-Delbet.

Delorme. Société de Chirurgie, 1894, pag. 834.

Cignozzi. *Significato, funzione ed esiti delle masse essudative periappendicitiche e perititlitiche in rapporto alle indicazioni dell'intervento chirurgico.* Il Policlinico, Sez. Chirurgica, 1922, fasc. 4.

Francini M. *L'appendicite.* Siena, 1910.

Ospedale «Carlo Borella» in Giussano
Ospedale di Circolo Felice
Villa di Mariano Comense
Sezioni Chirurgiche
Direttore: dott. prof. Guido Bonzani.

Un caso di ernia ceco-appendicolare sinistra strozzata

per il dott. Alessandro Toscani, aiuto.

Ernia dell'appendice. — Rochard E. nel suo trattato «Les hernies» divide le ernie dell'ap. ileo cecale, in ernie isolate dell'ap. o *Appendicocele* ed ernie simultanee del ceco o *Ceco appendicolari*.

Appendicocele. — Datano già da tempo i lavori al riguardo, 1785. Sebbene le ernie dell'ap. possiedano una storia completa, tuttavia nei trattati di chirurgia non si fa che un breve cenno o non se ne parla affatto.

Eziologia. — Più frequente nelle donne 44/19 adulte.

Patogenesi. — L'Appendicocele erniata si produce per la lunghezza eccessiva dell'ap. cm. 16-25 fino a 30.

La posizione bassa dell'ap. che è vicina all'orificio ing. e crurale. La grande mobilità data dal meso dell'app. lungo.

Anatomia patologica. — Si trova quasi sempre a destra — qualche volta a sinistra e Rochard fino al 1904 ne ha riscontrato 4 volte ing. s. e 1 crurale s. e dice che è il posto il più anormale. Ha sempre un sacco.

Sintomi. — Come le altre ernie qualche volta si riesce a palpare il cordoncino.

Diagnosi. — È difficile a fare la diagnosi esatta.

Complicazioni. — L'infiammazione e lo strozzamento.

Ernie del ceco. — Il ceco è circondato ed avvolto completamene dal peritoneo — ed è libero nella fossa iliaca — la mano può girare tutto all'ingiro liberamente al ceco, ed è fermata alla parete dal meso del colon asc. e dalla terminazione del mesentere. Qualche volta ha un meso corto che non è che la continuazione del meso del colon asc. che si continua sul ceco; allora il ceco non è più libero e la mano non può fare il giro completo. Rarissimamente la faccia postero esterna del ceco è applicata direttamente al tessuto cellulare della fossa iliaca dal peritoneo parietale, altre volte questa disposizione fu considerata come disposizione normale.

Meccanismo dell'ernia. — Si producono per due forme: per scivolamento e per rovesciamento o hernies par bascule.

Ernie per scivolamento. — Il grosso int. discende — scivola lungo la parete addominale e dentro il tragitto erniario con la copertura peritoneale — tanto con un meso più o meno lungo — quanto senza meso. Conserva quindi dentro il sacco erniario con il peritoneo i medesimi rapporti che ha nel ventre. Non è ben chiaro se sia il peritoneo che per prima scivoli grazie alla lassezza del tessuto sotto peritoneale o se è il grosso intestino che pensando sopra al suo involucro sieroso la trascina con sè.

L'int. ha rapporti variabili con il sacco.

1° L'int. è libero nella cavità del sacco e la sua riduzione è facile — e hanno un lungo meso.

2° L'int. è libero nella cavità del sacco, ma la riduzione resta incompleta e si spiega così: il meso nel colon è scivolato prima del ceco. Il ceco è libero nella cavità erniaria, ma

quando si vuol ridurre il ceco al colletto, questo è trattenuto dal meso del colon. Se questo meso è lungo allora si potrà ridurre; ma se questo è corto, la riduzione è impossibile.

Hernies par bascule. — Queste ernie sono rarissime: furono descritte da Scarpa, Blaudin, Nélaton, Tuffier. La caratteristica di queste ernie è di non possedere sacco.

Dopo un brevissimo accenno a quello che riguarda le ernie dell'appendice e del ceco esporrò il caso di un'ernia ceco appendicolare, operata dal prof. G. Bonzani:

Riva Giuseppe, d'anni 82, vedovo, contadino da Barzanò, degente al letto n. 17, infermeria Chirurgica. Data dell'ingresso 29 luglio 1923.

Anamnesi. — Nulla di notevole. Ernioso da molti anni, non sa precisare l'epoca esatta di questo disturbo. Il tumore erniario era facilmente riducibile; riferisce che la massa tumorale è andata gradatamente e progressivamente aumentando di volume negli anni.

Non fece mai uso di cinto, ma solo di un rudimentale sospensorio. Quattro giorni or sono fu colto improvvisamente da dolori violenti al ventre, da vomito insistente, sudori freddi, aumento improvviso del tumore erniario che si fece dolentissimo. La riduzione dell'ernia non fu possibile, nonostante le varie manovre. Dopo una lunga peregrinazione per gli ospedali vicini, arriva il 29 luglio in ospedale a notte.

Stato presente. — Individuo robusto di costituzione. Masse muscolari discretamente ben conservate nonostante l'età avanzata del paziente. Colorito pallido ed aspetto sofferente. Nulla di notevole all'apparato respiratorio. Segni di miocardite cronica. Arteriosclerosi.

Esame obbiettivo. — Polso 120 al m. s. piccolo.

Ipotermia, stato di depressione notevole. Alla regione inguino-scrotale sinistra, tumore dalla forma e volume di un uovo di struzzo, pelle arrossata e lucente. Aumento di temperatura sulla parte — irriducibile — non è trasparente — non ha impulso.

Diagnosi. — Ernia inguinale scrotale sinistra strozzata.

Operazione. — Erniotomia. Aperto il sacco si trova il ceco e l'appendice solamente, ricoperti di essudati infiammatori. Il sacco molto spesso ed iniettato, presenta chiazze di alterazione e degenerazione.

Tanto il ceco, quanto l'appendice, liberati dall'essudato che li ricopre in toto a guisa di tunica, si presentano iniettati e di colore rosso vinoso. Il ceco è provvisto di un lungo meso e grosso a pareti molto sottili; l'appendice corta e grossa, aderente al sacco ed alla base da una briglia resistente, al ceco.

Date le condizioni dell'a. l'operazione viene espletata in modo celerissimo, dopo una opportuna toilette dei visceri e i vari sbrigliamenti, si riducono facilmente; chiusura della porta erniaria. Operazione radicale alla Ferrari. Il decorso fu apirettico, regolarissimo.

Dimesso guarito il 7 agosto 1923.

CASA DI SALUTE « VILLA MARIA » IN ANCONA
direttore prof. A. CAUCCI.

Calcolo appendicolare di natura parassitaria

per il dott. LUIGI MARZIANI.

Riferisco il seguente caso clinico per portare un contributo alla illustrazione dei rapporti tra appendicite, calcoli fecali ed elmintiasi.

P. A., cameriera, di anni 40; è ricoverata in Clinica il 27 ottobre 1923.

Pregresse sofferenze gastriche ed intestinali, non ben precisate, di lieve entità. Sei giorni avanti ha accusato gonfiore dell'addome accompagnato da dolori vaghi e lievi, inappetenza, stitichezza ostinata. In quarta giornata l'inferma si purgò, ebbe scariche alvine, aumento di dolori addominali, a sera vomito e febbre. In quinta giornata fu veduta dal medico, che riscontrò febbre, dolore intenso alla fossa iliaca destra e contrattura di difesa abbastanza diffusa. Prescrisse oppiacei. In sesta giornata venne chiamato il chirurgo, il quale trovò i sintomi comuni di una peritonite acuta con il massimo d'intensità dei fenomeni a carico della fossa iliaca destra.

All'*atto operativo* (Caucci) eseguito immediatamente, si è riscontrata una *peritonite purulenta diffusa da appendicite gangrenosa perforativa.*

L'appendice asportata era voluminosa, gangrenata e perforata alla base. Sezionata, si è trovato in corrispondenza della perforazione, nel lume appendicolare, un grosso calcolo fecale, della grandezza di una noce avellana, irregolarmente cuboide, del colore bianco grigiastro, duro, liscio, piuttosto leggero. Tutto il lume appendicolare era indenne da parassiti.

Attraverso una piccola breccia della superficie del calcolo, si vedeva una massa centrale scura, facilmente intaccabile, paragonabile ad un calcolo di colesterina.

Diviso in due metà il calcolo, si vide risultare costituito da sostanze di due colori differenti tra loro, disposte, la esterna, sottile bianco-grigiastra, secca, friabile, a strati concentrici regolari; l'interna, bruno-oscura, malleabile, untuosa, senza alcuna disposizione. All'esame chimico non si riscontrò traccia di colesterina. All'esame microscopico si riscontrò:

La parte periferica essere costituita da residui alimentari molto alterati; la parte più esterna della massa centrale da pochi residui alimentari alterati e da un numero immenso di uova di tricocefalo; la parte centrale *esclusivamente da dette uova ammassate tra loro.*

L'importanza dei calcoli fecali nella patogenesi della appendicite, è stata oggetto di lunghe discussioni e di varie teorie: da quelle che ammettevano non esservi appendicite se non di origine calcolosa, a quelle che non annettevano alcuna importanza a detti calcoli. Ora, concludendo, si crede di dover dare all'esistenza del calcolo un'importanza accessoria, pur non escludendo che, in certi casi, la azione di decubito esercitata dal corpo estra-

neo sulla mucosa appendicolare, possa offrire una via di penetrazione ai germi patogeni, ovvero che (come potrebbe essere il caso nostro) l'ostruzione del lume appendicolare allo sbocco nel cieco favorisca l'infezione, sia col meccanismo del ristagno a monte, secondo la antica concezione del *vaso chiuso* del Dieulafoy, sia facendo meccanicamente ostacolo alla circolazione sanguigna della parete stessa, e necrotizzandola.

Nell'osservazione in argomento l'elmintiasi avrebbe avuta un'azione patogenetica indiretta nella flogosi appendicolare, diversa da quelle ordinariamente attribuitele nella cosidetta *appendicite verminosa*. Infatti gli AA. scrivono che i parassiti intestinali darebbero origine alla flogosi appendicolare:

a) producendo delle semplici erosioni della mucosa, non tanto gravi in sè stesse, quanto per le inoculazioni di microbi che possono produrre, specie se l'organismo è in uno stato di minore resistenza (Metchnikoff);

b) producendo delle vere perforazioni;

c) formando delle obliterazioni del canale come veri corpi estranei, che oltre alla loro azione meccanica, determinano un'irritazione dei tessuti a causa dei loro prodotti di secrezione;

d) producendo delle lesioni nel cieco o nell'ultima parte dell'ileo, ed inoculando, in tal modo, germi nei linfatici comunicanti coll'appendice (Guinard).

Nel nostro caso i parassiti avrebbero agito per mezzo delle loro uova, il cui accumolo è stata la parte fondamentale nella costituzione del calcolo.

Questo coprolita non può, a parer nostro, essere considerato come un corpo estraneo indifferente trovato nell'appendice infiammata, ma: la sua presenza presso lo sbocco del lume appendicolare in guisa da ostruirlo, la perforazione dell'appendice riscontratasi proprio in corrispondenza del calcolo stesso, l'esistenza delle maggiori lesioni intorno ed immediatamente a monte di esso, fanno ritenere che al calcolo debba ascriversi una parte importante nella patogenesi dell'attacco appendicolare.

È impossibile poter dire, in modo assoluto, se questo coprolita sia autoctono o di origine intestinale, ma, e per la sua grandezza, che molto difficilmente avrebbe potuto attraversare l'orifizio appendicolare, e per la sua diversa costituzione, si può credere che la massa centrale d'origine intestinale, sia stata spinta dalle contrazioni entro l'appendice *immune da parassiti*, e qui, per il successivo depositarsi di sali e di detriti alimentari, sia andata aumentando sino a raggiungere il volume del reperto.

Resta perciò stabilito da questa osservazione clinica che nella patogenesi dei calcoli fecali appendicolari può avere importanza l'elmintiasi, inquantochè, non solo il nucleo, come è stato accennato da Sprengel, ma parte preponderante del calcolo può essere costituito esclusivamente da uova di tricocefalo, e che, pertanto, *l'influenza patogenetica, già messa in luce da molti autori, dell'elmintiasi nell'appendicite, non si esplica soltanto per l'azione diretta dei vermi sulla mucosa appendicolare, ma anche, indirettamente, a mezzo delle loro uova.*

Ancona, 3 gennaio 1924.

BIBLIOGRAFIA.

SPRENGEL. Deutsche Chirurgia, Stuttgart, 1906.
KELLY. *The vermiform Appendix*. Philadelphia, 1905.
BÉRARD et VIGNARD. *L'appendicite*. Masson, Paris, 1914.
A. GUINARD. *Affections chirurgicales de l'abdomen*. Nouveau Traité de chirurgie. Le DENTU et P. DELBET.
ASCHOW. Berliner Klinische Wochenschrift, 1920, tom. 57, n. 44.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI PIACENZA.
SEZIONE MEDICINA DONNE
diretta dal primario dott. CARLO ZANETTI.

Contributo allo studio della proteinterapia aspecifica nelle infezioni tifose

per il dott. ALFONSO CERVINI, assistente.

Già da qualche tempo si vanno gradatamente cambiando i concetti di cura delle infezioni in genere e del tifo in particolar modo, sia in rapporto alla dietetica, sia in rapporto ai medicamenti, per nuovi rimedii che ogni giorno vengono sperimentati, nella speranza di trovarne finalmente uno che francamente riesca ad aver ragione della malattia.

Cure al calomelano, metalli colloidali, vaccini, omologhi ed eterologhi, sieri, ecc. si susseguirono in questi ultimi anni contendendosi il primato terapeutico, e alternativamente l'onore delle migliori riuscite. Recentemente si venne esperimentando anche l'azione che su organismi affetti da malattie *infettive* (tifo, polmonite, influenza, reumatismo art. ac., ecc.), *discrasiche* (porpora, emofilìa, scorbuto), *cutanee* (eczemi, orticaria, prurigo, ecc.) e *nervose* esercitava l'introduzione di proteine aspecifiche e, per quanto i risultati non fossero sempre mirabili, si notò però — almeno in certe affezioni — che essi erano costanti, regolari, più che impiegando altri rimedi.

Sul meccanismo di azione delle eteroproteine vennero emesse molte ipotesi fisiche, fisicochimiche e fisiologiche, però le varie teorie concordano in linea di massima interpretando il fenomeno come una dipendenza delle azioni colloidali, in rapporto probabile coll'anafilassi: la proteina eterologa direttamente o indirettamente (mediante la variazione di composizione umorale) darebbe un eccitamento all'organismo cellulare esaltandone le attività difensive (Sachs, Weichardt, ecc., ecc.). La teoria del meccanismo d'azione della proteinterapia sembra avere così una base quanto quella che spiega l'azione dei metalli colloidali e di gran quantità di medicamenti, dei quali conosciamo il risultato finale, ma non sempre conosciamo con precisione il modo e tutte le vie di azione.

***

Per incarico del primario dott. Zanetti, che da qualche tempo ha studiato sperimentalmente questo importante problema terapeutico, ho trattato con la eteroproteinterapia molte malate tifose entrate nell'Ospedale durante l'estate e l'autunno 1923 e, tra i vari materiali generalmente usati (peptone, deuteroalbumose, caseina, caseosan, lac, ecc., ecc.) scegliemmo il latte sterilizzato mediante bollitura, sorretti dall'autorevole parere del Katzenelbogen, il quale arditamente preconizzava la sostituzione del modesto latte bollito ai costosi e complessi vaccini e metalli colloidali, dagli esperimenti di cure con iniezioni di latte condotti in varie altre malattie (De Tommasi, Bertaccini, Colombino e Pincherle, Chiaudano, Blum, Vaucher e Schmidt, ecc., ecc.) confermati anche parzialmente da chi scrive (casi di polmonite, infezioni puerperali, ecc.), ma sopratutto dai risultati ottenuti da distinti Clinici e Medici di valore nelle infezioni tifose (Saxl, 15 buoni risultati su 26 casi; Müller, Schmidt, Lantin, Doelliker, Civalleri, Galmozzi, il quale trovò nei suoi molti curati il periodo di durata ridotto dalla media di 25 giorni alla media di 18, e la mortalità abbassata dal 20 % al 5 %, ecc., ecc.). Specialmente in Germania e Austria tale metodo di cura venne adoperato per combattere le varie epidemie scoppiate durante la guerra.

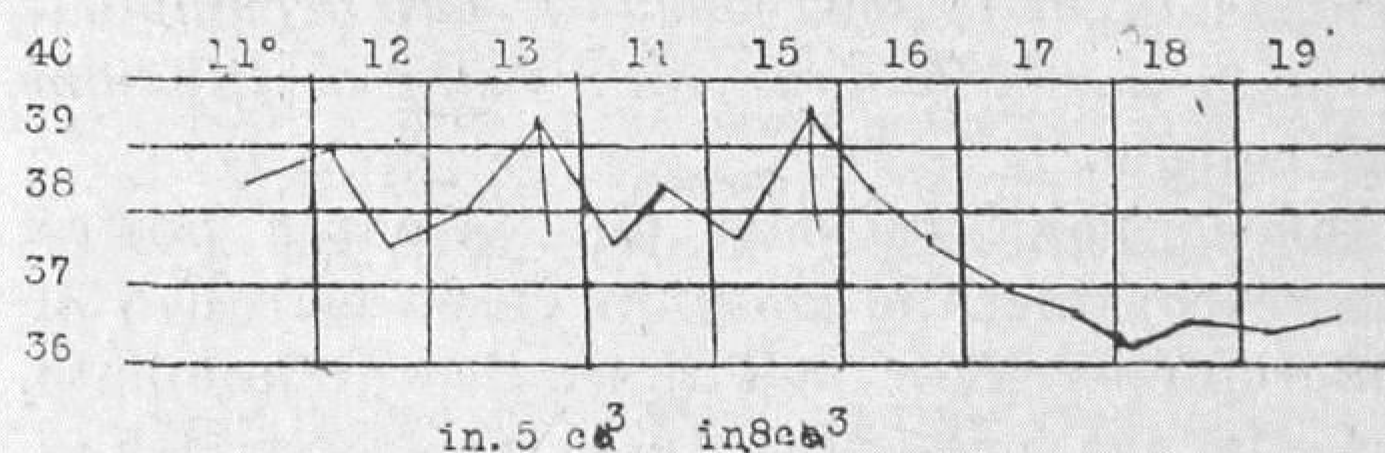
***

I casi clinici qui sotto riportati e brevemente riassunti sono di malati provenienti dalla città e dalle campagne del Piacentino. La cura fu, nei limiti del possibile, uguale per tutti i soggetti: dopo l'esame del sangue e il risultato positivo della siero agglutinazione per il tifo, paratifo A o B, immediatamente essi venivano trattati con iniezioni di latte sterilizzato a 110° praticate a giorni alterni, cominciando con quantità di 5 cc., passando poi a 8 e a 10 cc., rimanendo generalmente fermi su questa ultima dose, perchè aumentando si era trovata una reazione febbrile troppo forte (40.5-41 e più).

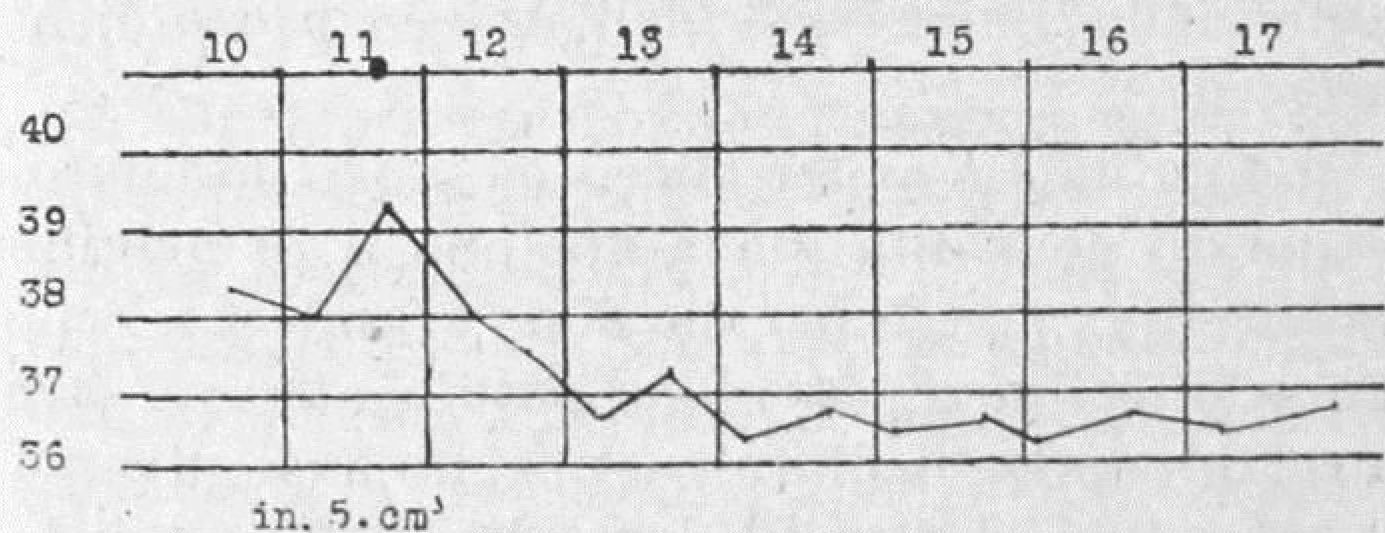
Di iniezioni da 5 cc. e da 8 cc., se ne fecero in media due e talora solo una, tutte le iniezioni furono eseguite nei glutei profondamente; non si ebbe a lamentare alcun ascesso od altro inconveniente e neppure dolore intollerabile; si notava soltanto una sensazione dolorosa discreta che però scompariva ben presto, circa dopo una mezz'ora. La reazione termica in generale non fu preceduta da brivido e non superò mai il grado e mezzo-due gradi: il sensorio, il polso e il respiro si mantennero sempre pressochè immutati ed i pazienti non ebbero mai a dar segni di nessun rilevante disturbo. Per pura precauzione veniva praticata una copiosa iniezione di olio canforato subito dopo l'iniezione di latte sterilizzato.

Come si vede il nostro metodo di cura è diverso da quello usato da altri Clinici (iniezioni endovenose, dosi immediatamente alte, ecc.).

Ed ora passo ad una breve esposizione dei singoli casi: tutti di tifo, meno il 12° che è di paratifo B.

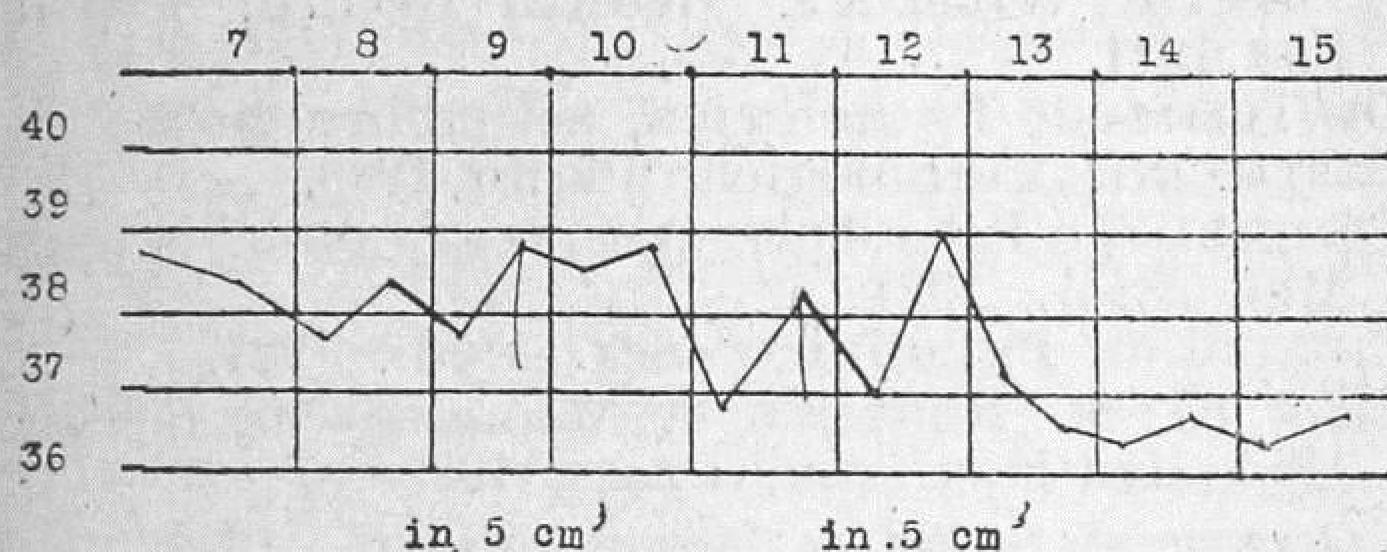


CASO I. — R. A., di anni 24. Entra in 11ª giornata di malattia (Widal positiva 1: 200), si fanno due iniezioni di latte in 13ª e 15ª giornata: 1 da 5 e 1 da 8. La temperatura cade definitivamente al 17° giorno.



CASO II. — M. A., di anni 22. Entra in 10ª giornata di malattia (Widal positiva 1: 200), si fa in 11ª giornata un'iniezione da 5 cc. e

il giorno dopo si ha una rapida e definitiva caduta della temperatura.



CASO III. — B. D. Entra in 7ª giornata (Widal positiva 1 : 50). In 9ª e 12ª giornata viene sottoposta a iniezioni di latte da 5 cc. e, dopo lieve reazione febbrile, il 13° giorno di malattia rimane completamente apiretica.

CASO IV. — A. T. Entra in 8ª giornata (Widal positiva 1 : 300); condizioni gravissime; fenomeni nervosi; si inizia la cura immediatamente e si praticano quattro iniezioni di latte (una da 5 cc., una da 8, due da 10), ottenendosi rapida e duratura defervescenza in 16ª giornata.

CASO V. — P. D. Entra in 8ª giornata (Widal positiva 1 : 100). Si praticano 5 iniezioni di latte rispettivamente in 9ª-11ª-13ª-16ª-20ª giornata di malattia ed al 21° giorno si ha scomparsa della febbre; qualche modico rialzo febbrile apparve anche dopo alcuni giorni di apiressia, ma ciò si spiega con un errore dietetico dell'ammalata.

CASO VI. — V. M. Entra in 10ª giornata di malattia in condizioni gravi, deperimento spiccato, fatti meningei (Widal positiva 1 : 200). Per alcuni giorni ci si deve limitare a praticare iniezioni eccitanti per sostenerne le forze. In 14ª giornata si inizia la cura col latte sterilizzato e dopo 7 iniezioni (2 da 5 cc., 2 da 8, 3 da 10) eseguite in un periodo di cura di 13 giorni, la malata è decisamente sfebbrata ed una cura ricostituente energica la rimette in breve tempo.

CASO VII. — F. C. Entra in 8ª giornata con altissima temperatura (40.9). (Widal positiva 1 : 200); in 11ª giornata si fa una prima iniezione da 5 cc., per la forte e persistente reazione termica si deve aspettare tre giorni a ripeterla. Si fanno poi a giorni alterni altre iniezioni, una da 5 cc., una da 8, tre da 10 e si ottiene caduta della febbre a 37.3 in 23ª giornata, e dopo due giorni scompare completamente.

CASO VIII. — R. M. È malata da otto giorni con febbre altissima (Widal positiva 1 : 100). Dopo sei giorni cioè in 14ª giornata si inizia la cura col latte sterilizzato (due iniezioni da 5 cc. a tre giorni di intervallo, una da 8 e 3 da 10 a giorni alterni). La febbre discende così fino a 37.6. Sospese le iniezioni dopo qualche giorno si nota un rialzo termico che dura una settimana.

CASO IX. — G. P. Entra in 6ª giornata (Widal negativa, ma sintomi e decorso tipico di infezione tifoide roseole; tumore di milza; polso raro in rapporto alla temperatura; lingua patinosa; stupore. In 13ª giornata si pratica la prima iniezione di latte sterilizzato da 5 cc., e si prosegue con altra da 5, due da 8, una da dieci a giorni alterni; si ottiene la defervescenza in 23ª giornata di malattia.

CASO X. — P. A. Entra in 8ª giornata di malattia (Widal positiva 1 : 300). Il giorno dopo si incominciano le iniezioni di latte sterilizzato a giorni alterni (due da 5 cc., una da 8 e tre da 10). Se ne eseguiscono poi un'altra da 10 e una da 12 cc., a tre giorni di intervallo: la defervescenza si ottiene solo in 30ª giornata di malattia. L'infezione era però gravissima: una sorella malata pochi giorni prima (probabilmente perciò della stessa forma e con terreno consimile) non trattata con il latte sterilizzato periva in 25ª giornata.

CASO XI. — M. A. Entra in 7ª giornata di malattia (Widal positiva 1 : 100). A giorni alterni, cominciando alla 10ª giornata, si praticano due iniezioni da 5 cc., una da 8, due da 10 cc. La febbre scompare al 21ª giorno di malattia.

CASO XII. — C. D. (paratifo B). Entra in 8ª giornata (Widal positiva 1 : 200). È gravida al 7° mese. Si fanno due iniezioni da 5 cc. in 10ª giornata e 12ª giornata, ottenendosi una immediata e duratura apiressia.

CASO XIII. — C. A., di anni 47. Entra in 15ª giornata con grave enterorragia (Widal positiva 1 : 100). Appena efficacemente curata la medesima e rimessa alquanto in forze la malata viene sottoposta a iniezioni di latte sterilizzato (19ª giornata). Al 23° giorno di malattia, dopo tre sole iniezioni (una da 5 cc., una da 8 e una da 10) si aveva rapida e definitiva caduta della temperatura.

CASO XIV. — L. R. Entra in 15ª giornata di malattia (Widal positiva 1 : 150). Dal 17° giorno viene sottoposta, a giorni alterni, ad iniezioni di latte sterilizzato (una da 5 cc., due da 8 ed altre da 10). La cura deve in questo caso protrarsi a lungo, eseguendosi complessivamente nuove iniezioni per avere una definitiva caduta della febbre in 32ª giornata.

CASO XV. — P. L. È malata da 11 giorni (Widal positiva 1 : 200). Le iniezioni vengono praticate in 13ª, 17ª, 20ª, 22ª, 24ª, 26ª giornata di malattia: tre da 5 cc. (perchè si nota reazione un po' forte) due da 8 e una da 10. Si ottiene una lenta defervescenza (dieci giorni circa per giungere alla completa apiressia).

CASO XVI. — I. C. Entra in 17ª giornata (Widal 1 : 100). Si fanno (cominciando subito) due iniezioni da 5 cc., una da 8, due da 10 a giorni alterni e dopo tre giorni si eseguisce una altra iniezione da 10 cc., ottenendosi la caduta della temperatura al 30° giorno.

Dalle storie cliniche rapidissimamente suesposte si può rilevare anzitutto un diverso comportamento del soggetto, a seconda che la cura viene iniziata prima o dopo la 14ª-15ª giornata di malattia (la cosa era già stata notata da varii Autori, e il Galmozzi, basandosi sulla loro autorità, limitò nelle sue ricerche la cura ai soli malati che si trovassero in prima o seconda settimana). Inoltre si rileva un comportamento un po' diverso dall'uno all'altro soggetto; accanto a casi in cui bastarono un paio di iniezioni di latte per troncare l'infezione ne troviamo altri più numerosi in cui meno si fece apparentemente notare l'influenza della cura esperimentata, ed

altri infine il cui andamento non fu per nulla migliorato dalle iniezioni di latte sterile.

Abbiamo detto che « *apparentemente* » si notò poca influenza della cura eseguita; perchè in realtà è lecito dubitare che l'andamento sarebbe stato peggiore se essa non fosse stata applicata (il caso X sembra dare qualche conferma a questo dubbio).

Per ciò che riguarda i casi per nulla influenzati dal metodo terapeutico rapidamente esaminato si potrebbe pensare che nell'organismo malato vi siano condizioni tali da renderlo insensibile alla proteina, condizioni che possono dipendere da speciali reazioni del sangue, che sarebbe interessante ricercare.

Ad ogni modo anche nei casi in cui il latte poco o nulla modificò l'andamento della curva termica si notò sempre, dopo le prime iniezioni, uno spiccato miglioramento del sensorio; le ammalate perdevano l'aspetto soporoso ed acquistavano una certa lucidità di mente, come se si fosse compiuto uno svelenamento del loro organismo.

Noi crediamo perciò che la lattoterapia antitifica, applicata mediante iniezioni intramuscolari (preferibilmente in prima e seconda settimana) in malati non troppo debilitati o eccessivamente febbricitanti, con dose gradatamente progressiva possa largamente usarsi nella certezza di conseguire qualche buon risultato terapeutico senza incontrare inconveniente di sorta, non solo nelle sale delle Cliniche e degli Ospedali, ma anche nellla pratica privata.

Che se poi si chiedessero quali vantaggi presenta la terapia col latte sterile in confronto alle altre varie proteinoterapie aspecifiche antitifiche, noi crediamo che anzitutto sia da rilevarsi l'assoluta economicità del rimedio (cosa non del tutto trascurabile per le condizioni presenti e quando non si tratti di certi ambienti sociali) e inoltre la facilità con cui può essere procurato, la costanza dei suoi risultati, l'assenza di pericolose reazioni generali, ben note in altre terapie del genere.

Il nostro modesto parere sulla lattoterapia antitifica e sulla eteroproteinterapia antitifica in genere (ove si escludano certi preparati piuttosto eroici) è dunque questo: che essa va tenuta in buona considerazione nella pratica e merita di essere studiata così clinicamente e statisticamente, come sperimentalmente nei suoi mezzi e nelle sue intime vie di azione.

BIBLIOGRAFIA.

EUGENIO CENTANNI. *Trattato di immunologia.*
BELFANTI SERAFINO. Policlinico, Sez. Prat., 8-15 maggio 1922.
KATZENELBOGEN. Revue Médicale de la Suisse Romande, agosto 1922.
H. SMITH WILLIAMS. Medical Record, settembre 1921.
DE TOMMASI. Pathologica, settembre 1923.
BERTACCINI. Pathologica, luglio 1923.
COLOMBINO e PINCHERLE. Atti Soc. Lomb. Scienze Med. Biol., 1921.
CHIAUDANO. Policlinico, Sez. Med., 1921.
LÉON BLUM. Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôpitaux. Paris, 1923.
VAUCHER et SCHMIDT. Idem. agosto, 1922.
MICHELI. Atti R. Accademia dei Fisiocritici, 1915.
MICHELI e QUARELLI. Archivio Scienze Mediche, 1916. — Rivista Critica di Clinica medica, 1918.
SIRO MAZZA. Terapia. Parte pratica, 15 aprile 1922.
CIVALLERI. Giornale del Medico pratico. Anno IV, n. 5-6.
GALMOZZI. Giornale di Clinica Medica. Aprile 1922.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

ISTITUTO DI FISIOLOGIA UMANA
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. S. BAGLIONI.

Di un nuovo coagulometro.

Dott. G. GALATÀ.

Conoscere il grado di coagulabilità del sangue, oltre che in fisiologia, è importante in clinica per alcune malattie, soprattutto come indicazione semeiotica, come indice di decorso, come responso pre-operativo.

Esso si determina praticamente col ricercare il tempo di coagulazione; ma perchè questa ricerca dia garanzia di risultati precisi deve:

1) essere fondata su indicazioni soltanto obbiettive;

2) poter evitare i molti fattori estranei che facilmente influiscono sul complesso e delicatissimo fenomeno della coagulazione del plasma;

3) permettere di accertare il momento iniziale della coagulazione.

La necessità del primo requisito non ha bisogno di essere commentata.

Circa il secondo, occorre evitare soprattutto le seguenti frequenti cause di errore:

a) che il sangue prelevato venga comunque in contatto con lesioni di continuo sia vasali che dei tessuti;

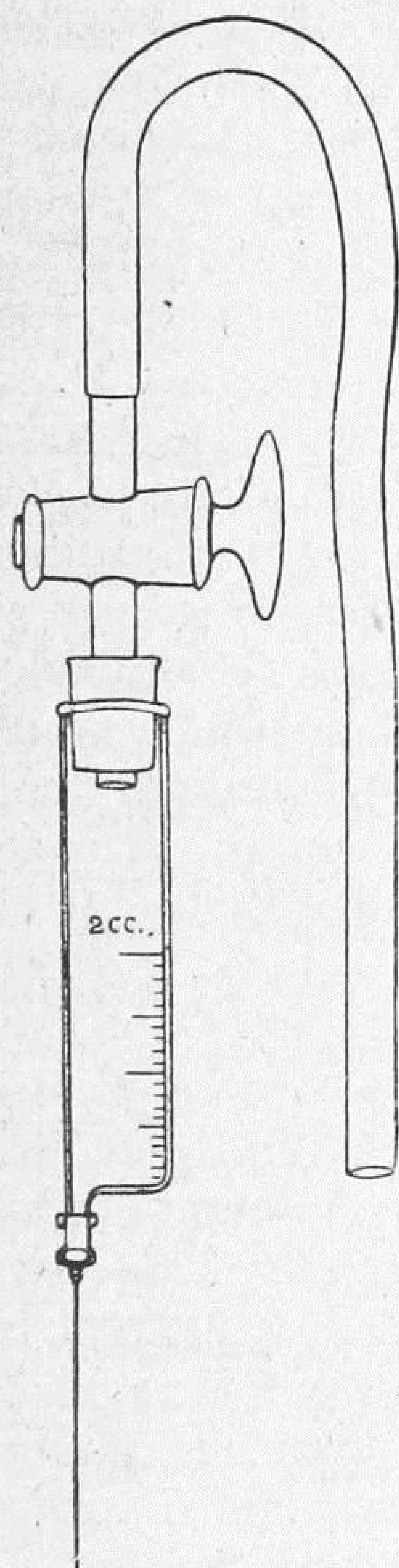
b) che prenda largo contatto con l'aria;

c) che subisca spostamenti o molteplicità di contatti;

d) che intervengano altri fattori (temperatura, viscosità, tensione superficiale, ecc.) ad alterare il risultato.

Com'è noto, molti tessuti (linfoglandole, muscoli, connettivo) contengono citozima in quantità notevolemente superiore a quella conte-

nuta nei leucociti stessi e nelle piastrine, ed è ugualmente noto che maggiore è la quantità di citozima che viene in contatto col sangue e più rapidamente esso darà luogo, insieme col sierozima e in presenza dei sali di calcio alla formazione di trombina. Lo sanno praticamente i chirurgi quando arrestano emorragie, anche, talvolta, di grosse vene coll'applicare sulla lesione vasale un pezzettino di connettivo o di muscolo, senza dire ch'è pratica corrente (ed è anche un istinto degli animali)



maltrattare i tessuti sanguinanti per ottenere l'emostasi.

Perciò i prelevamenti fatti a mezzo di punture della pelle sono causa d'errore.

Altre cause di errore sono: l'ampio contatto con l'aria, per l'azione notevolmente coagulante che ha l'ossigeno sul sangue, gli spostamenti o la molteplicità di contatti che si fanno subire al sangue, perchè maggiore è il numero e l'estensione dei contatti extravasali che il sangue subisce e più facilmente esso coagula probabilmente per la più rapida alterazione che subiscono i leucociti e le piastrine, e la conseguente più facile messa in libertà di citozima, le differenze di temperatura perchè il freddo ritarda e il caldo accelera la coagulazione, le differenze di viscosità nei metodi basati sullo scorrimento o sul gocciolamento del sangue, ecc.

Il terzo requisito che deve ritenersi necessario è poter cogliere il momento iniziale della coagulazione. L'inizio della coagulazione è infatti l'unico momento di questo processo che può essere raccolto con sufficiente esattezza: volerne giudicare, infatti, il completamento dall'aspetto esterno o interno del coagulo, da fenomeni di adesione o dai vari mezzi indiretti escogitati a questo scopo, sarebbe affidarsi a indicazioni molto sommarie. L'accertamento esatto potrebb'essere chimico; ma non esiste finora un reagente del fibrinogeno e della fibrina che permetta di segnalarci la graduale o totale scomparsa dell'uno o il momento terminale del formarsi dell'altra.

* * *

I metodi finora escogitati in fisiologia e in clinica per accertare il tempo di coagulazione del sangue sono moltissimi, perchè il problema non è di facile soluzione come sembrerebbe. Una dimostrazione che non lo sia, può essere anche data dal fatto che i tempi trovati dai numerosi AA. per l'uomo normale, indipendentemente dal fattore temperatura, non sono concordanti: si va dai 2',5 ai 20'.

La ragione dell'incessante fiorire dei metodi e delle ampie oscillazioni dei risultati non è però soltanto inerente alla reale difficoltà di risolvere un problema apparentemente così semplice, quanto allo scarso conto che si fa dai vari AA. delle precauzioni necessarie per eliminare le cause di errore.

Nella maggior parte di questi metodi, infatti, i risultati si deducono da indicazioni subbiettive; in gran parte il sangue viene prelevato attraverso punture della pelle; in molti altri non si evita che i fattori viscosità o tensione superficiale contribuiscano ad alterare il risultato; in altri infine si ricorre ad artifici e dispositivi complicati che rendono ancora più suscettibile di errore il già delicato problema.

Non credo possa essere interessante passare in rassegna tutti i metodi finora ideati e sottoporli ad un esame critico. Basterà accennare sommariamente ai più noti perchè ognuno, con le conoscenze che oggi si posseggono, possa giudicare sulle cause di errore.

Vierordt, dunque, considera iniziata la coagulazione quando un crine di cavallo, tirato fuori a tratti da un tubo capillare pieno di sangue, presenta piccoli coaguli aderenti.

Kottmann e *Lidsky* hanno modificato questo metodo senza poterlo migliorare.

Wright considera avvenuta la coagulazione quando dal tubo capillare di una serie di essi, pieni a metà di sangue, può soffiar via un grumo.

Fox e *Mac Gowan*, e altri AA., hanno in vario modo modificato il metodo di Wright senza però eliminare i difetti di origine.

Geneuil e *Sabrazès* spezzano ad intervalli di 30'' i vari tubi capillari ripieni di sangue di una serie, fino a trovarvi un filamento di fibrina.

Schultz spezza ad intervalli uniformi e getta in acqua i successivi segmenti sferici di un tubicino in tal guisa foggiato, ripieno di sangue, fino a che, per la formazione del coagulo, non entra più acqua nella perlina.

Dale e *Laidlaw* imprimono dei movimenti ad un tubicino pieno di sangue, contenente un pallino di piombo, fino a che il pallino resti immobilizzato.

Milian e poi *Duke* raccolgono su varii vetrini varie gocce di sangue e, inclinandoli ad intervalli, giudicano dell'avvenuta coagulazione dalla conservazione della forma di esse.

Cohen dopo aver raccolto una grossa goccia di sangue su di un vetrino, la fa scorrere, inclinandolo, in un sottile solco graduato fino a quando il sangue si arresta.

Più recentemente *Murray* inclina di 30'' in 30'' una provettina dove sono stati direttamente raccolti 2 cc. di sangue fino a che può capovolgere la provetta senza che il sangue si sposti.

Biffi e poi *Buckmaster* e *Lyon*, con alcune varianti, immergono ad intervalli in acqua delle anse di filo metallico delle dimensioni in uso nei Laboratori, fino a che il sangue raccolto dal dito lasci un sottile diaframma aderente.

Altri AA. ricorrono all'aiuto del microscopio:

Hayem sorprende la formazione della fibrina in una goccia di sangue osservata al microscopio.

Addis sorprende l'arresto della grande agitazione che presentano le emazie di una goccia di sangue fatta cadere in una goccia di olio.

Altri ricorrono a dispositivi complicati:

Brodie e *Russel* considerano avvenuta la coagulazione quando la superficie di una goccia di sangue sospesa in una camera umida non tremula più ad un soffio d'aria capillare fattovi giungere ad intervalli uniformi.

Talianzeff mette una leva scrivente in comunicazione col fondo di un tubicino chiuso, a metà ripieno di sangue, e considera avvenuta la coagulazone quando la leva non oscilla più agli aumenti di pressione fatti giungere, a mezzo di un soffietto, nella metà vuota del tubo.

Kottmann, adopera un suo apparecchio ancora più complicato: il coaguloviscosimetro.

Altri AA. contano le gocce che cadono da una pipetta ripiena di sangue o il sangue residuato in una pipetta graduata da cui si fa liberamente gocciolare, senza tener conto della viscosità.

Duke e poi *Weil* fanno assorbire ad intervalli, da una carta asciugante, il sangue che fuoriesce da una puntura del lobulo dell'orecchio, contando il numero di macchie che vi si possono raccogliere.

Altri AA., infine, studiano il problema da un punto di vista diverso, ricorrendo a reattivi chimici:

Morawitz e *Bierich*, *Bimbaum* e *Osten* misurano il tempo occorrente a trasformare in gelatinosa una soluzione di fibrina sottoposta all'azione del siero sanguigno attivato dall'aggiunta di soda.

Chantemesse ricerca la forza di coagulazione, deducendola dal titolo della soluzione di ossalato occorrente per impedirla.

Bloch, per evitare le cause eterogenee che possono influire sulla coagulazione durante il prelevamento del sangue e durante l'esame, lo rende subito incoagulabile col citrato sodico, e poi ne determina la coagulabilità con soluzioni titolate di cloruro di calcio.

***

Occorrendomi, per alcune ricerche di confronto sulla coagulabilità di vari plasmi, un metodo di misurazione che potesse dare garanzia di sufficiente esattezza ho sottoposto a esperimento comparativo quelli tra i metodi sopra elencati ch'evitano in parte le molteplici cause di errore già dette. I risultati sono stati, però, così disparati da indurmi a escogitare ancora un metodo in aggiunta ai tanti esistenti. Il metodo ideato è il seguente:

A una comune siringa di vetro da 2 cc. (preferibilmente con beccuccio eccentrico, come quelle usate per le iniezioni endovenose) s'innesta, a perfetta tenuta, un comune ago n. 1, e, all'altro estremo, dopo aver tolto lo stantuffo, s'innesta, per mezzo di un tappo di gomma forato, uno dei soliti rubinetti di vetro, che, a sua volta, si continua con un tubicino di gomma lungo 30-40 cm.

La tecnica è questa:

Dopo aver assicurata, nel modo che più oltre si dirà, l'assoluta nettezza dell'ago e della siringa, s'immerge l'ago in olio di vaselina sterile e, dopo averne soffiato via il superfluo, lo si infila nel lume di una vena resa turgida, tenendo il rubinetto aperto. Si aspirano, per mezzo del tubo di gomma, 2 cc. di sangue segnando, al secondo, il momento in cui il sangue appare nella siringa. Si chiude il rubinet-

to, si estrae l'ago dalla vena, lo si toglie dalla siringa lasciandolo cadere preferibilmente in una soluzione di ossalato o citrato sodico al 5 %, si toglie il tubo di gomma e si regge (o si affida ad un morsetto), la siringa col becco in giù senza farle subire scosse. Queste piccole operazioni richiedono qualche minuto e possono essere fatte con comodo se non si tratti di un sangue dotato di un'estrema rapidità di coagulazione.

Da questo momento, o dopo qualche altro minuto, si fa fare, ogni 15'', e con una certa rapidità (1''), mezzo giro alla chiave del rubinetto. Si ristabilirà così, per un momento, l'azione della pressione atmosferica nell'interno della siringa e una piccola gocciolina apparirà sul beccuccio, gocciolina che sarà fatta assorbire da un fiocco di cotone idrofilo inumidito. I 15'' (o un intervallo più lungo se si reputi che la coagulazione del sangue in esame debba essere molto ritardata) sono contati con approssimazione, mentalmente, e l'operazione sarà ripetuta fino a che, al girare della chiavetta, la gocciolina non appare più. Si segnerà questo tempo e, riferendolo al primo (comparsa del sangue nella siringa) si conoscerà il tempo impiegato dal plasma per iniziare la coagulazione.

Nei casi in cui la coagulazione non è ritardata la scomparsa della gocciolina non è graduale, ma, tra un intervallo e l'altro, è frequentemente improvvisa, come se, dopo un periodo preparatorio relativamente lungo, la gelificazione s'iniziasse a un tratto (1). Giunti a questo momento il rubinetto può essere immediatamente lasciato aperto: la gocciolina non si forma più.

***

Per una determinazione accurata bisogna avere delle precauzioni di dettaglio, precauzioni necessarie perchè l'esame della velocità di coagulazione è, come abbiamo visto, un esame delicato: o si fa con ogni cura, o è inutile farlo.

Innanzi tutto occorre l'assoluta nettezza e levigatezza dell'ago e della siringa. È di conoscenza comune che una lieve scabrosità, un frustolo di fibrina residuato da un esame precedente, qualche granello di polvere, un po' di ruggine nell'ago, la eventuale smerigliatura della siringa, bastano ad accelerare la coagulazione e ad alterare il risultato.

Bisognerà, quindi, adoperare una siringa di vetro liscio, un ago terso, e assicurarsi della loro nettezza. Ago e siringa devono essere, inoltre, sottoposti ogni volta, prima dell'uso, a lavaggio con acqua, poi con alcool, poi con etere, e poi devono essere asciugati sull'aria calda di una fiamma.

Altra cautela è, che l'ago sia innestato al beccuccio della siringa a perfetta tenuta per evitare che durante l'aspirazione del sangue si aspiri anche l'aria della siringa e il sangue faccia schiuma, obbligando così a ricominciare daccapo.

L'introduzione dell'ago nella vena deve essere, inoltre, fatta con colpo unico, e in modo che si capiti nel lume vasale e non oltre. Se l'introduzione dovesse fallire una prima volta bisognerà ritentare (dopo aver nuovamente immerso l'ago in olio di vaselina), ma sempre a monte della prima puntura.

Com'è stato già detto, durante l'esame il sangue nella siringa non deve subire scosse.

Dopo l'esame, vuotata la siringa, occorre lasciarla un quarto d'ora in acido solforico (preferibilmente con bicromato potassico) prima di pulirla, affinchè sia totalmente bruciato il velo di sangue coagulato che aderisce al vetro, e la siringa possa essere adoperata con tranquillità per esami ulteriori.

Se occorre fare parecchi esami in breve tempo è preferibile poter disporre di più aghi e più siringhe. Queste non devono avere, anche se di capacità superiore ai 2 cc. un beccuccio di calibro superiore a quello abituale delle siringhe da 1-2 cc., perchè, altrimenti, si formerebbero, gocce di sangue troppo grosse.

Bisogna infine tener conto della temperatura esterna, poichè il caldo accelera ed il freddo ritarda la velocità di coagulazione, quantunque piccole differenze non abbiano grande importanza. È perciò utile nell'asciugare la siringa all'aria calda di non farle superare la temperatura animale apprezzabile al tatto e di conservargliela durante l'esame, con apposito manicotto di feltro o di lana preparato in precedenza.

***

I vantaggi che questo metodo offre mi sembrano questi:

il risultato poggia su indicazioni esclusivamente obbiettive;

il sangue prelevato direttamente nel lume vasale non viene in contatto con lesioni di continuo sia vasali che dei tessuti, e la lubrificazione dell'ago elimina anche quella in-

(1) Questa osservazione può essere messa in rapporto col fatto che la trombina si forma assai lentamente nel sangue stravasato e protetto dalle cause perturbatrici; ma presenta un aumento veloce della sua formazione immediatamente prima della coagulazione.

finitesima quantità di citozima che potrebbe eventualmente aderirvi mentre attraversa la pelle e la parete della vena;

il contatto dell'aria è ridotto a una superficie del tutto trascurabile in rapporto al quantitativo di sangue prelevato;

il sangue non subisce scosse o spostamenti e non prende altro contatto, oltre che quello con l'apparecchio misuratore;

questo contatto stesso è molto limitato in rapporto al quantitativo di sangue;

la viscosità e la tensione superficiale non hanno modo d'influire sul risultato;

è possibile cogliere l'unico momento precisabile di questo processo, e cioè il momento iniziale, con lo scartò massimo d'errore, anche riducibile, di 15";

il metodo è, infine, semplice, alla portata di tutti, e può anche essere facilmente improvvisato dovunque.

BIBLIOGRAFIA.

VIERORDT. Arch. f. Heilkunde, 1878, Bd. 19.
WRIGHT. Brit. Med. Journ., 1893, p. 223.
MAC GOWAN. Brit. Med. Journ., 1907, p. 1580.
SABRÀZES. Fol-haemat., 1906, p. 432.
SCHULTZ. Berl. Klin. Woch., 1910, n. 12.
DALE e LAIDLAW. Journ. of Pathol, 1911-1912, p. 351.
V. MILIAN. Soc. Méd. des Hôp., 1901.
COHEN. Arch. f. Internaz. Med., 1911, p. 684.
MURRAY. Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1920, p. 21.
BIFFI. La Clinica medica, 1904, p. 173.
BUCKMASSER. Internaz. Physiol. Kongress; Heidelberg, 1907.
LYON. Journ. Amer. Med. Ass., 1916, p. 871.
ADDIS. Brit. Med. Journ., 1909, p. 997.
TALIANZEF. Le Physiol. Russe, 1900, p. 42.
KOTTMANN. Zeitschrift Klin. Med., 1910, Bd. 69.
WEIL. C. R. de la Soc. de Biol., 1913, p. 590.
MORAWITZ. Arch. f. Experim. Path. u. Pharmac., 1906, Bd. 56.
BIRNBAUM u. ASTEN. Arch. f. Gynack, 1906, p. 373.
CHANTEMESSE. Bull. de l'Acc. de Méd., 1909, p. 87.
BLOCH. Arch. Mal. du coeur, ecc., 1915, p. 249.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

I fenomeni sensitivi che si associano con una scarsa irrorazione sanguigna dei muscoli che lavorano.

(MAC WILLIAM. - *The British Medical Journal*, 13 gennaio 1923).

Sotto questo titolo l'A. tenta di interpretare, per analogia, mediante esperimenti fisiologici compiuti sui muscoli sani, la patogenesi delle sensazioni dolorose dell'angina pectoris e della claudicatio intermittens.

Lo scarso apporto di sangue (*Defective supply*) inteso nel senso lato di deficenza nei costituenti normali, o presenza di sostanze dannose, od anche di alterazioni nel corso del sangue per volume, pressione, rapidità, ha certo una importanza notevole in molte circostanze. È già nota l'influenza che ha sull'indebolimento del miocardio il deficiente afflusso coronario, si conosce la fibrillazione dopo improvvisa occlusione delle coronarie, così pure sono noti gli effetti sul cervello e sul midollo (vertigini, lipotimie, eccitazione poi inibizione dei centri, ecc.).

L'A. comprimeva con un manicotto pneumatico (simile a quello del Pachon) la radice dell'arto. Alcune volte la compressione era fatta sull'arto previa applicazione di un nastro emostatico, ed allora si otteneva un arto ischemico, altre volte su un arto senza preventivamente anemizzarlo, onde si agiva su un arto congesto. In quest'ultimo naturalmente le sensazioni non erano genuine, cioè dovute solo allo scarso affiusso di sangue ma in parte anche alla stasi. Gli studi si fecero, sia allo stato di riposo, sia facendo lavorare il muscolo coll'ergografo di Mosso, sia sottoponendolo ad una contrazione continua.

Nell'arto ischemico in riposo la mancanza di sangue per periodi di venti minuti non induce notevoli sensazioni, è interessante che non si provoca dolore. Se si fanno lavorare i muscoli sorge un senso di dolore che raggiunge l'acme al così detto punto di fatica. L'A. intende con questa denominazione l'istante in cui si verifica l'incapacità di eseguire moti di contrazione anche assai limitati. Man mano che ci si avvicina al punto di fatica lo sforzo sembra sempre crescente, e si ha una specie di riluttanza a compiere sforzi ulteriori, poi una dolenzia o un vero dolore. Queste furono le sensazioni riscontrate. Se si oltrepassa il punto della fatica il dolore diviene atroce, e non si desidera che la liberazione. Nell'arto

ischemico il punto della fatica è raggiunto nella metà o in un terzo del tempo che nell'arto normale, e con un numero di contrazioni assai minore.

Il dolore sembra concentrato nel ventre del muscolo che lavora, con un certo grado di diffusione, ma, di regola, non viene riferito in parti distanti. Si noti che talora si raggiunge un dolore atroce, pure mettendo in lavoro una parte piccolissima di tessuto muscolare, in presenza di un'acuta mancanza di apporto del sangue. Il dolore ha certo carattere protettivo volto ad evitare ulteriori dannosi sforzi. Il riposo per brevi intervalli non calma il dolore, che viene subito soppresso colla riammissione del sangue. Mentre l'energia contrattile si ripristina più lentamente, ed è meno pronta a ripetere l'esercizio.

Evidentemente il dolore e la depressione della forza contrattile non decorrono parallele nell'arto ischemico. Di più, con uno stesso grado di energia di movimento nelle due braccia, nell'arto ischemico c'era un dolore acuto, mentre nell'arto sano c'era solo un po' di dolore. L'A. paragona il dolore che insorge per il lavoro di una piccola parte di muscolo striato, ischemizzato, al dolore angoscioso (*agonizing*) che si determinerebbe colla contrazione di una porzioncella di dotto biliare, nella colica epatica, o dell'uretere nella colica renale. Ciò non vuol dire che il meccanismo della produzione del dolore sia uguale nelle due specie di muscoli.

Altre esperienze fatte con il muscolo Abductor indicis dettero identici risultati.

Si studiarono anche gli effetti della tensione muscolare continua, costringendo il flessore del dito medio a tenere sollevato per un tempo più lungo possibile un dato peso. Anche qui si raggiunse il punto di fatica, ma con sensazioni subiettive relativamente scarse anche nell'arto ischemico. Tutto ciò mostra come si possa prontamente eccitare nei muscoli striati che lavorano con un deficiente apporto di sangue un acuto violento dolore. Tutto fa credere che processi della stessa natura accadano nel miocardio costretto a lavorare con deficiente apporto di sangue, e ciò spiegherebbe il dolore mortale della angina pectoris. È l'idea di Machenzie che sostiene il concetto che il dolore dell'angina è l'espressione di un esaurimento del miocardio, associato a un deficit di apporto del sangue coronario, e ad un sistema nervoso suscettibile. Tutti i sintomi del fallimento del cuore (*heart failure*), dolore, affanno, vertigini, ecc., si possono interpretare come espressione di alterata funzione di organi ai quali non giunge sangue in quantità sufficiente ai loro bisogni, in quanto che il cuore ne manda loro poco, poichè soffre egli stesso per insufficiente irrorazione delle sue pareti.

Gli esperimenti sopraricordati spiegano anche la patogenesi del dolore nella claudicatio intermittens. TONELLI.

TERAPIA.

La sieroterapia della polmonite.

(E. LOCKE. *Boston med. and surg. journ.*, 7 febbraio 1924).

L'A. ricorda gli studi di Behring e Kitasato (1890), di Klemperer (1891), di Pane (1897), di Mennes (1897), di Neufeld e Händel (1912). Questi furono i primi a distinguere vari tipi sierologici di pneumococco, ed a trovare la ragione dei costanti successi della sieroterapia negli animali e nell'uomo.

L'A. ricorda inoltre gli studi di Cole, di Doches e Gillespie, quelli di Wadsworth, di Lamar e Meltzer, e finalmente quelli di Cecil e Blake sulla polmonite sperimentale nelle scimmie. Anche nei conigli è possibile, mercè una parziale immunizzazione col siero, e l'iniezione intratracheale di germi, produrre una polmonite lobare tipica. Gli studi clinici di Sutton e Sevier dimostrano che nei polmonitici la mortalità va parallela con la frequenza della setticemia.

Dagli studi di Cecil e Blake risulta che nelle polmoniti sperimentali la somministrazione di siero per via endovenosa farebbe scomparire dal circolo i germi eventualmente presenti, migliorerebbe lo stato generale, ed abbrevierebbe il decorso della malattia.

Nell'uomo però questi vantaggi non sono stati osservati da tutti gli autori: sembra anzi, dagli studi di Locke, che il siero giovi solo nelle polmoniti tipo I, e precisamente in quelle non accompagnate da setticemia. Un giudizio sull'utilità del siero si può trarre solo dal paragone della mortalità in due serie numerose e contemporanee di polmonitici, rispettivamente trattati e non trattati: in altre condizioni i dati dell'osservazione non sono comparabili.

Secondo Cole, il siero va somministrato nella dose di 80-100 cc. nelle vene, ogni otto ore. Le dosi complessive impiegate nella cura variano da 250 a 350 cc.

Per evitare il pericolo dello shoc anafilattico Cole praticava preventivamente un'intradermoreazione con 0.2 cc. di una diluizione 1: 10 di siero di cavallo in soluzione fisiologica. In ogni caso, prima di iniettare la dose forte di siero, ne iniettava 1 cc. sottocute: ciononostante non sempre riusciva a scongiurare lo shoc.

Inoltre, spesso si manifestava la malattia da siero dopo 7-14 giorni.

Il siero antipneumococcico agisce principalmente per l'opsonizzazione e la fagocitosi (Bull e Bartual). Secondo Cecil e Blake i comuni vaccini preverrebbero solo la setticemia, non la polmonite: un'immunizzazione completa contro il pneumococco tipo I si avrebbe soltanto negli animali trattati con piccole dosi di pneumococchi virulentissimi, e quindi con alte dosi di germi morti.

Nel 1920 Huntoon ha proposto l'uso della cosiddetta soluzione di anticorpi. Il siero di un cavallo iperimmunizzato contro gli stipiti I-II-III viene mescolato con egual quantità di emulsione di pneumococchi. Dopo 1 ora a 37° si decanta, e si lava il sedimento. Questo si riprende con una soluzione di cloruro sodico e bicarbonato sodico, che poi si decanta, si filtra per Berkefeld, e ne viene controllata la sterilità con l'inoculazione nel topo. Questa soluzione dissocerebbe l'unione antigene-anticorpo, e conterrebbe la massima parte degli anticorpi del siero, senza contenere altro che tracce di proteine.

Negli animali si dimostra assai efficace: nell'uomo i risultati finora sembrano buoni, ma parecchie statistiche mostrano una mortalità eccezionalmente bassa pel tipo IV, ciò che toglie loro alquanto valore.

Ulteriori esperimenti sono in corso negli ospedali di New York.

La soluzione di anticorpi si somministra nelle vene, nella dose di 50-100 cc., da ripetere fino ad un totale di 250 cc., in media. Essa è polivalente, e quindi non richiede il preventivo isolamento del germe, onde si può somministrare più presto. Non dà mai un vero e completo shoc anafilattico, nè la malattia da siero. Viene tollerata abbastanza bene sottocute, salvo una lieve reazione locale, nei conigli, nelle scimmie, e nell'uomo. Talora si ha un aumento transitorio di temperatura di uno o due gradi.

Le dosi, per via sottocutanea, devono essere più generose: 100-200 cc. per volta, circa 650 cc. complessivamente. DORIA.

Sul trattamento di progredienti processi piogenici della faccia con incisione e iniezioni marginali di sangue autologo.

(NOURNEZ. *Journ. f. Ch.*, 1923, n. 44, p. 1636).

Läwen ha riferito poco tempo fa (v. *Journ. f. Ch.*, 1923, n. 26) i buoni risultati ottenuti nei processi foruncolo-flemmonosi mediante iniezioni di sangue del soggetto stesso praticate tutto intorno al campo flogistico. Ma egli non aveva avuto nessun caso maligno, e chiedeva appunto eventuali notizie di casi di tal genere che fossero stati trattati col suo metodo. Queste notizie fornisce ora Nourney, che ebbe a trattare con incisione e sangue autologo uno spaventoso favo della nuca. Anzitutto l'incisione, benchè molto profonda, era stata indolente ed esangue: indizio molto infausto. Circoscrivere interamente il processo flogistico con iniezioni, secondo il precetto di Läwen, era impossibile: specialmente perchè la gigantesca tumefazione giungeva fino al cranio osseo. L'A. iniettò da prima soltanto dalla parte del cranio, come quella che era la parte più pericolosa, e iniettò 4 cc. di sangue del malato nella zona flogistica marginale, profondamente fino all'osso.

Ciò avveniva il 28 luglio 1923. Ivi il favo si rammollì nei giorni seguenti a vista d'occhio, ma continuava a progredire verso il collo e al dorso.

Il 31 luglio 1923 Nourney eseguì altre due iniezioni di 4 cc. di sangue ciascuna, da un lato e dall'altro, sotto le orecchie, pure nel tessuto flogistico marginale, per limitarne il progredire verso le regioni anteriori del collo. L'esito fu che a questo momento tutto l'intero favo si rammollì e prese a sanguinare leggermente, e il 17 agosto 1923 fu eliminato facilmente l'ultimo cencio necrotico. L'A. è persuaso che il malato si salvò soltanto per virtù delle iniezioni che provocarono processi di immunità attiva, rafforzando specificamente le forze vitali delle cellule nella loro lotta contro l'infezione.

DOMINICI.

Irradiazioni della milza, fegato, midollo osseo a scopo emostatico.

(Dott. G. B. CARLO FULLE. — *Annali Italiani di Chirurgia*, fasc. 3°, 1923).

L'A ha ripreso le esperienze di Stephan sulla *milza* e di Tichy sul *fegato* aggiungendovi anche l'irradiazione del *midollo osseo* ed associando all'irradiazione della milza l'autoemoterapia.

Le ricerche di Stephan avevano stabilito che l'irradiazione della milza coi raggi Roentgen accelera il tempo di coagulazione del sangue in vitro e aumenta la quantità del fermento di coagulazione, così come avviene per effetto di perdita di sangue; sicchè il metodo doveva ritenersi il più indicato per l'emostasi nelle emorragie venose e parenchimatose, come è stato confermato da altri autori in casi clinici.

Tichy, con l'irradiazione del fegato, giungeva alle stesse conclusioni di Stephan.

Il Fulle ha proseguito le esperienze.

Tecnica. — Le ricerche sono state eseguite in individui normali o affetti da forme chirurgiche comuni escludendo i febbricitanti e gli affetti da forme settiche o con alterazioni del sistema emopoietico.

Prima dell'irradiazione veniva determinato, a temperatura ambiente, il tempo di coagulazione del sangue in vitro e il potere accelerante del siero sul tempo di coagulazione di un sangue normale di controllo, che fu sempre lo stesso, cioè quello dell'A.

Questo fattore di acceleramento della coagulazione si esprime in cifre dividendo il tempo di coagulazione del sangue controllo per il tempo di coagulazione del sangue controllo con l'aggiunta del siero in esperimento.

Queste determinazioni venivano fatte prima e dopo l'irradiazione.

Il tempo di coagulazione veniva determinato col metodo Iono. Il sangue aspirato con siringa sterile da una vena di un braccio; 20 goccie venivano messe in un vetrino da orologio dentro una scatola di Petri, trasformata in camera umida. Con ripetuti inclinamenti della capsula si accertava il momento della coagulazione completa.

Il resto di sangue veniva centrifugato, il siero pipettato era messo in una provetta sterile e tenuto a temp. ambiente per 4 ore; cc. 0,09 di esso veniva aggiunto a 20 goccie di sangue controllo per determinare l'acceleramento della coagulazione.

Dopo l'irradiazione il sangue era prelevato ad intervalli vari, da 2 ore a 30 ore.

Oltre alla coagulazione si determinava: conta dei globuli rossi e bianchi, conta delle piastrine, formula leucocitaria.

La dose di raggi adoperata fu uguale per tutti i casi, cioè: 1/3 della dose eritema raggi filtrati attraverso filtro di alluminio di 2 mm., distanza focale 28 cm.; ampiezza del campo cm. 10-12, MA. 2,1/2, durata 15'.

Esperienze 36: Milza 10; Fegato 11; Midollo osseo 11; Milza ed emoterapia 4; totale 36.

Risultati. — I risultati delle esperienze confermano quelli di Stephan e Tichy anche pel midollo osseo; però la quantità e la durata variano secondo l'organo.

I valori maggiori dell'acceleramento del tempo di coagulazione e del fattore di acceleramento della coagulazione si hanno con l'irradiazione della milza, poi col fegato, in ultimo col midollo osseo. Cominciano in tutti dopo 2 ore dall'irradiazione e scompaiono in tempi diversi, raggiungendo un massimo di 30 ore nella milza.

Le ricerche sugli elementi morfologici non dettero variazioni sensibili prima e dopo l'irradiazione.

Genesi. — Sulla genesi di questo acceleramento di coagulazione Stephan ritiene che l'irradiazione agirebbe come le forti emorragie: dopo di queste subentrerebbe un acceleramento del tempo di coagulazione e un aumento dei componenti della coagulazione: fibrinogeno, piastrine, profermento e componenti termostabili.

Allo stesso modo, dopo l'irradiazione, si ha un aumento di concentrazione del fibrinfermento dimostrabile a carico della parte termostabile e termolabile. L'aumento della parte termostabile non ha speciale significato, poichè si può ottenere irradiando qualsiasi parte dell'organismo dove si trovano grandi reti capillari; dalle lesioni degli endoteli del capillari si trovano l'origine della trombochinasi (termostabile).

L'aumento della parte termolabile invece, secondo Stephan è dovuto ad irritazione del tessuto splenico, poichè, secondo esperienze, non si può ottenere con l'irradiazione profonda di altri organi e di altre parti del corpo.

Sicchè l'apparato cellulo-reticolo-endoteliale della milza rappresenterebbe l'organo centrale del sistema di coagulazione, che subirebbe una irritazione specifica dall'irradiazione.

Ma l'opinione di Stephan è contradetta dalle esperienze di altri e dell'A. sul fegato e sul midollo osseo, che, sebbene in dose minore, possiedono un potere accelerante della coagulazione. Questo fa supporre per i tre organi un comune punto di origine per il fibrinfermento.

Più logica sembra invece l'ipotesi di Neuffer (tentativi di cura dell'emofilia) che l'acceleramento della coagulazione sia dovuto alla distruzione di una grande quantità di leucociti e linfociti mettendo in libertà notevole quantità di trombochinasi.

L'efficacia di questo nuovo mezzo emostatico nella clinica non può essere ancora affermato con sicurezza dall'A. perchè gli mancano prove numerose.

L'A. ha provato però in tubercolosi con emottisi, in emofiliaci e in qualche altro caso di emopatia ed ha trovato con l'irradiazione della milza un arresto rapido, ma temporeneo delle emorragie, il che ha la sua importanza.

Maggiore ne ha l'irradiazione profilattica prima dell'operazione, tentata da alcuni e ritenuta utile.

Punto favorevole sarebbe l'irradiazione della milza 10 o 12 ore prima dell'operazione, poi-

chè allora è massimo l'aumento del potere coagulante.

Dato che i risultati dell'irradiazione sono positivi, ma fugaci, l'A. ha cercato la possibilità di renderli più duraturi associandovi qualche altro mezzo, ed ha tentato l'autoemoterapia.

Gli individui in esame venivano sottoposti prima dall'irradiazione della milza e dopo 2 ore, all'autoemoterapia iniettando sottocute della coscia cc. 15-20 di sangue appena aspirato da una vena del braccio.

Si è visto che l'acceleramento del tempo della coagulazione ed il fattore di acceleramento sono stati assai maggiori di quelli ottenuti negli stessi individui con la sola irradiazione della milza, ottenedosi cifre variabili da 3 a 3,75.

Riporta anche un caso clinico di un individuo affetto da calcolosi renale sinistra con ematuria intensa, che si ripetè anche dopo l'operazione.

Sottoposto all'irradiazione della milza l'ematuria cessava temporaneamente per ripresentarsi a distanza di 2 o 3 giorni e ciò per più volte. Associata all'irradiazione l'autoemoterapia, l'ammalato guarì definitivamente.

Da questi pochi casi l'A. non trae conclusioni definitive, ma crede che possa essere utile eseguire altre e più complete ricerche.

G. CIAPRINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. FRANCESCHINI. *La vita sessuale*. Un volume in-16°, di pag. 517, legato. — U. Hoepli, ed., Milano, 1923. — Prezzo L. 15.

L'assillante problema sessuale si fa sempre più grave col progredire della civiltà e con la attrazione sempre crescente delle grandi città *tentacolari*, in cui l'impulso sessuale, perduti i suoi caratteri primordiali, è continuamente eccitato ed esaltato fino allo spasimo. Fenomeno del resto che ripete quelli verificatisi nella pienezza di altre civiltà, l'orientale, la greca, la romana; problema di alto interesse per l'individuo e per l'etica sociale.

In forma piana, ben accessibile anche al pubblico non medico, il prof. Franceschini tratteggia qui nelle sue grandi linee la vita sessuale, dimostrando anche il grande significato di tale impulso che, se dà esca alle più basse passioni, è pur sempre inspiratore delle più alte idealità e fattore indispensabile della compagine sociale.

La materia è suddivisa in sette capitoli, che trattano l'istinto sessuale, i caratteri dei sessi, l'anatomia e la fisiologia della generazione, nonchè la psicopatologia e l'etica, insistendo particolarmente sui problemi sociali che vi sono connessi, la sifilide, la prostituzione, il matrimonio, l'eugenica, dando al lettore un'idea chiara degli argomenti, basata su sani concetti morali.

Il manualetto appare però in certe parti un po' antiquato, quasi che gran parte della sessuologia moderna, che fa capo ad Havelock Ellis, a Freud e ad altri sia stata trascurata. Difficilmente si potrebbe sostenere oggi che «prima dei dodici anni l'uomo non abbia sesso e non senta l'istinto sessuale». Anche i concetti sulla omosessualità richiamano un poco le pene corporee medioevali per i posseduti dal demonio. Così pure, è bene che in un libro destinato ai profani e specialmente ai giovani si insista nel deplorare la mala abitudine della masturbazione, ma quando si riportano statistiche che dimostrano come il 90 e più per cento degli uomini giovani (e le donne?!) siano masturbatori, non può sfuggire a chi abbia anche un elementare senso logico una deduzione opposta a quella desiderata dall'A., si è indotti a concludere che un fatto che si riscontra nella quasi totalità degli individui debba considerarsi come fisiologico. Qualche errore è anche sfuggito all'A., come quello di affermare che il senso cromatico è più squisito negli uomini anzichè nelle donne.

Queste critiche non tolgono nulla al valore del libro, che si presenta come una buona opera di divulgazione, adatta agli scopi che si prefigge, atta a sfatare vecchi pregiudizi e ad aprire molte menti su questo importante lato dell'attività umana.

fil.

SABOURAUD. *Entretiens dermatologiques* (2° volume). Masson ed., Parigi, 1924. — Fr. 20.

Il volume del Sabouraud tratta di un argomento misconosciuto dai medici e spesso anche da specialisti: la calvizie. Sabouraud è un didatta dalla parola facile, dal periodo piacevole: il suo libro si legge volentieri, senza fatica sia nella parte pura dermatologica, che è breve, sia nella generica, che è gran parte del volume, utile al medico pratico. Insegnare che cosa è la *pelade*, come essa si può differenziare, quali posson essere le cause, quali mezzi per riparare, vedere il problema nei suoi rapporti con le malattie locali, generali, indicarne secondo questa guida il rimedio, in questo è compendiata l'opera lodevole dell'A.

t. p.

V. D'Amato. *La lebbra nella storia, nella geografia e nell'arte.* — In-8°, di 58 pag., con 29 illustrazioni. — Presso l'Autore. — Roma, 1923.

Interessante divagazione di carattere prevalentemente storico sulla lebbra, preceduta da una breve sintesi nosologica. Viene poi trattata la distribuzione geografica, con particolare riguardo ai casi accertati in Italia, che dimostrano un reale avviamento verso l'estinzione. Numerose riproduzioni di opere d'arte adornano il volumetto. *fil.*

Commission Consultative du charbon. Rapport de la Commission. — Un vol. in-4°, di 88 p. — Bureau international du travail, 1923.

Nel 1921 la III Conferenza internazionale del lavoro nominò una Commissione (di cui faceva parte per l'Italia il prof. Loriga) per lo studio della difesa contro il carbonchio. La presente pubblicazione riporta i verbali delle sedute e la relazione conclusionale. Secondo questa i crini, le corna e gli zoccoli debbono essere sempre disinfettati prima di ogni manipolazione; la disinfezione è pure prescritta per le lane ed i peli lunghi, salvo certi casi speciali. Tale prescrizione però è ora inattuabile, perchè esiste un solo impianto di disinfezione a Liverpool, con un rendimento massimo di 30 milioni di libbre di lana all'anno, quantità ben piccola in confronto di quella importata annualmente nei paesi occidentali, che si aggira intorno ai 120 milioni di libbre. Per le pelli, come anche per le ossa, non si conosce un processo di disinfezione adatto, ed occorre quindi regolarne il commercio. Per la difesa del bestiame è consigliata un'azione comune con l'Istituto internazionale di Agricoltura residente in Roma. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 24 febbraio 1924.

Due casi di morbo ceruleo.

Malaguti A. (Imola). — L'O. illustra due casi di stenosi dell'A. polmonare. Per la etiologia interessante una reazione di W. positiva nella bambina. Fra i dati ematologici poliglobulia notevole e normale resistenza globulare. Piccola la differenza fra pressione arteriosa massima e minima.

La origine e le cause della cianosi nei vizi congeniti di cuore.

Giugni F. (Lugo). — Secondo l'O. la diminuita ematosi cagionata dal miscuglio del sangue venoso con l'arterioso attraverso l'anomalia cardiaca, ha una particolare azione sulle terminazioni nervose che presiedono al tono vasale nelle parti più periferiche, e in particolar modo nei territori dove hanno sede gli organi dei sensi.

Ne consegue una diminuzione del tono nella rete dei capillari, una dilatazione del loro lume e un rallentamento della corrente sanguigna in questi territori dove la colorazione cianotica trova le sue sedi di predilezione.

L'argento colloidale nel peritoneo all'atto della laparotomia per lesioni suppurative degli annessi.

Solieri S. (Forlì). — L'O. riferisce i resultati ottenuti con l'uso dell'argento colloidale (Electrargol) sulla sierosa peritoneale infiammata. In base ai buoni resultati ottenuti pensa che l'argento colloidale introdotto direttamente nella sierosa a contatto del focolaio sede del processo infettivo e suppurativo possa, non solo venire assorbito con straordinaria rapidità, ma stimolare in sito la fagocitosi. Infatti è dimostrato sperimentalmente che negli animali infettati con determinati germi l'argento colloidale è idoneo a stimolare la fagocitosi con relativo rialzo dell'indice opsonico.

Tedeschi C. (Gatteo). — Conferma i resultati di Solieri.

Sulla mesosigmoidite fibrosa.

Solieri S. (Forlì). — L'O. riferisce i suoi studi sulla mesosigmoidite fibrosa, ne riassume la patogenesi, e propone una classificazione anatomo-patologica; ai varii tipi corrisponderebbe una sindrome clinica particolare.

Conti L. (Forlì). — Riferisce su due casi di lussazione della linea di Lisfranc.

Il valore clinico del riflesso del cuore.

Testi A. (Faenza). — L'O. si intrattiene lungamente sull'esistenza e sul valore clinico del riflesso del cuore e conclude che il riflesso cardiaco esiste ed è possibile determinarlo non solo coll'ortodiagrafia, ma ben anco coll'esatta delimitazione dell'area totale del cuore, l'unico mezzo di cui può servirsi il medico pratico: che nelle diverse contingenze della pratica medica possiamo dal grado con cui il riflesso si manifesta arguire qualche criterio importante per la prognosi e terapia delle malattie del cuore.

CAPEZZUOLI C. (Imola). — *Osservazioni sopra i sintomi gastrici dell'ulcera peptica e di quella cancerigna.*

Il trattamento delle enteriti dissenteriformi infantili col siero antidissenterico per via orale.

TEDESCHI C. (Gatteo). — L'O. presenta i risultati di 171 casi di enterite dissenteriforme in bambini della campagna dai 6 mesi ai 4 anni, trattati con somministrazione di siero antidissenterico per via orale (30 cc. di siero pro die e per 3-4 giorni) con ottimi risultati.

L'olio etereo di chenodopio nel trattamento della elmintiasi.

TEDESCHI C. (Gatteo) (Forlì). — L'O. raccoglie l'esperienza di 9 anni e su più di 7000 osservazioni: la somministrazione dell'olio etereo di chenopodio in soluzione del 2.25 % in olio di ricini si è sempre dimostrata in tutti i casi della massima efficacia, superiore a qualsiasi altro antielmintico. L'O. sul confronto colla troppo nota santonina, e cogli altri prodotti antielmintici ha potuto constatare l'assoluta innocuità del farmaco anche a dosi altissime e di prolungata somministrazione.

Albinismo parziale ereditario a lunga discendenza (1).

MAZZINI G. (Imola). — L'O. riferisce intorno a una famiglia imolese — nella quale — per otto generazioni — in un periodo di tempo che abbraccia i due secoli — si trasmettono i segni ereditari e congeniti di un chiaro e palese albinismo parziale: si diffonde a trattare della patogenesi.

La rapida guarigione di una nefrite parenchimatosa acuta al sopravvenire di una polmonite lobare.

GIUGNI F. (Lugo). — Dall'associazione delle due forme morbose l'O. discute l'influenza che la soluzione per crisi della polmonite può aver esercitato sul processo renale determinando la rapida guarigione.

CHIADINI M. (Forlì). — È d'accordo col Giugni circa l'interpetrazione. A suffragare questa tesi, l'O. riferisce di avere ottenuta rapida guarigione con sindrome emoclasica in tutti quei casi di nefrite acuta nei quali ha iniettato sottocute o nei muscoli siero antinefritico o meglio ancora peptone con adrenalina (peptadren). Nelle forme acute, nella glomerulonefrite specialmente, i risultati sono rapidi e brillanti; buoni nelle forme subacute; nulli nelle croniche.

Su di un caso di ernia inguinale bilaterale della vescica.

PASINI U. (Alfonsine). — Prende occasione dal caso per trattare estesamente della clinica della malattia.

La reazione al nitrato d'argento (col metodo di Buscaino) nelle urine dei psicopatici.

GRAZIANI A. (Imola). — Ha ricercata la reazione col nitrato d'argento a caldo (metodo Buscaino) nelle urine di circa 200 psicopatici, eseguendo complessivamente oltre 800 analisi. Riassume così i risultati ottenuti.

Conclude: che le reazioni a precipitato nero, pur essendo molto frequenti nell'amenza e pure più frequenti che nel normale in altre psicopatie, non sono in modo speciale caratteristiche dell'amenza, della demenza precoce e della encefalite epidemica cronica (come dice Buscaino); che in alcuni casi la comparsa di reazioni nere può essere favorita da insufficienza della funzionalità epatica; che in più altri casi essa appare in rapporto piuttosto con condizioni somatiche (febbre, sitofobia, diarrea, ecc.) che con la sintomatologia mentale; che quindi questi reperti non appoggiano l'opinione, sostenuta da Buscaino, dell'affinità biologica e patogenetica (intossicazione da mine a nucleo immidazolico) dell'amenza, della demenza precoce e dell'encefalite epidemica cronica.

CHIADINI M. (Forlì). — L'O. sta ora eseguendo delle ricerche in proposito, e ne riferisce alcune che ritiene originali:

1) ulcera duodenale; a digiuno e alveo chiuso da 10 giorni per 2 gravissime emorragie; precipitato abbondante nero. La reazione continua ad essere presso a poco eguale con lievi oscillazioni nella quantità del precipitato e nella intensità del color nero anche quando l'ammalato va di corpo regolarmente e si alimenta con latte;

2) ipertrofia del collo dell'utero con prolasso in giovine vergine. Precipitato abbondante lievemente marrone. Operata in narcosi eterea, il giorno successivo, a digiuno ad alvo chiuso, si preleva l'urina con Nélaton a permanenza, e si ottiene un precipitato poco abbondante nero intenso;

3) nefrite interstiziale cronica: precipitato abbondante bianco;

4) broncopolmonite destra con ipertermia e albuminuria: precipitato abbondante bianco.

Nell'isterismo, nell'epilessia essenziale ha trovato la reazione positiva.

Così pure in un uomo, già ricoverato al Manicomio di Imola per *psicosi paranoidea,* in periodo in completa remissione dei sintomi psichici, con tendenza alla stipsi, si aveva precipitato abbondante e nero intenso.

Metodo quantitativo per la prova del permanganato nelle urine.

ARTUSI G. (Cesena). — Spiega il meccanismo delle colorazioni gialle e rosse ottenute col suo metodo qualitativo (Rif. Med., 1924, 3) e dimostra che anche le urine a reazione positiva possono colorarsi temporaneamente in rosso, se si aumentano adeguatamente le proporzioni di reattivo. Le dosi di permanganato necessarie per questa colorazione rossa, sono un indice del contenuto scantogenico dell'urina.

Nelle malattie ove la reazione di Moritz Weisz è comunemente positiva, questo metodo quantitativo fa trovare valori abbastanza vari.

Il Segretario:
Dott. PAOLO GALLI - Faenza.

(1) Il lavoro verrà pubblicato per intero nella «Rivista di Biologia» di Roma.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Piccole miserie femminili.

Nella donna, accanto a grosse lesioni degli organi genitali, che richiamano senz'altro l'attenzione, ve ne sono molte, piccole che passano facilmente inavvertite e che dànno disturbi tali da rendere la vita sgradevole e l'attività limitata. Queste piccole miserie non costituiscono una vera malattia e pertanto esse avvelenano la vita di una donna e, per riflesso, quella di un'intera famiglia. Il medico un po' frettoloso, giudica spesso trattarsi di disturbi nervosi, e prescrive, ma senza risultato, la valeriana, i bromuri, ecc. Nella malata si stabilisce allora una specie di ossessione; il suo carattere si inasprisce o si rende apatico fino ad avere un vero *taedium vitae*. Macrez (*Journal de médic. de Bordeaux*, 1923, n. 14) riporta alcuni esempii tipici, che sono certamente presenti nella memoria di ogni medico.

Una donna giovane, un certo tempo dopo un parto laborioso od un raschiamento, si lamenta di digestioni penose, di appetito capriccioso, dimagra, presenta talvolta disturbi intestinali; si pensa all'enterite, a dispepsia, a tubercolosi. Ma le cure sono inefficaci; la donna non ha invece che una leggera metrite, con erosione del collo, pur senza avere perdite bianche, oppure ha un leggero prolasso, una deviazione uterina. La cura ben diretta fa scomparire ogni disturbo.

Un'altra donna, sulla quarantina, accusa una sciatica, intermittente, talora assai dolorosa, che si calma col riposo in letto, ma riappare col camminare; i comuni rimedii non portano alcun sollievo. Se si interroga bene la donna, si apprenderà che essa ha perdite abbondanti, che non soffre quando è coricata da qualche ora, mentre ha forti dolori verso la metà della giornata e tanto più di sera. L'utero è in causa, congestionato e forse prolassato; una cura adatta fa sparire la pretesa sciatica.

Un'altra, della stessa età, accusa un bisogno frequente ed imperioso di urinare; i riflessi sono normali, e così pure le urine, la vescica, l'utero. Si trova una tensione arteriosa un poco più elevata del normale e si pensa ad una nefrite iniziale. Basta invece visitare la malata sulla fine della giornata, mentre si trova nella stazione eretta; si trova allora un prolasso anche leggero, eventualmente con un po' di cistoscele; il trattamento adatto rimedia a tutto. Questo sintoma del benessere al mattino e del malessere alla sera deve metter sull'avviso, poichè si tratta il più spesso di disturbi da statica uterina; si tenga soprattutto presente che lo spostamento può essere del tutto lieve e pure dare disturbi ben più gravi che il prolasso completo.

Altre sofferenze può portare la retrodeviazione uterina, come, p. es., le perdite sanguigne che durano venti giorni al mese, con o senza dolori. Si fa diagnosi di polipo, di metrite emorragica, di fibroma; talora la donna è condannata ad una vita miseranda, fra la poltrona ed il letto. Il semplice esame ginecologico, una passeggiata in carrozza fanno ricomparire le perdite, che non si verificano più dopo rimesso a posto l'utero. La riposizione però non deve essere brusca, perchè l'utero si trova atono ed in stato congestionato e di recettività.

Così per il prurito vulvare, tanto sgradevole, penoso e ribelle ad ogni cura, non bisogna dimenticare la possibilità di retrodeviazione, di prolasso, accompagnati da congestione attiva e passiva. Nelle giovani spose, per cui i rapporti sessuali sono dolorosi, si pensa spesso al vaginismo, ma si trova che il dolore è profondo addominale o lombare, o vescicale, un dolore acutissimo che lascia un indolenzimento e dà un'apprensione che va fino alla ansietà. La causa si riconosce spesso in un ovaio prolassato, in un utero retrodeviato, in un collo in cattivo stato. Tale donna, fin che era ragazza poteva sopportare i disturbi che le dava il flusso mestruale; ad essi si è venuta ad aggiungere la congestione dell'organo per la funzione sessuale, vera goccia che ha fatto traboccare il vaso.

Sono poi tutt'altro che rare le ripercussioni a distanza, i disturbi psichici, l'insonnia, le palpitazioni, magari un'afonia intermittente senza causa apparente, mentre la vera causa sta nella piccola lesione uterina, spesso inavvertita.

Poche cose bastano per guarire; una igiene razionale, poche cure punto fastidiose, un trattamento tonico idroterapico. L'A. raccomanda che con il pretesto di pulizia, la donna non faccia delle iniezioni vaginali abbondanti; val meglio una semplice lavatura praticata col dito ed una soluzione tiepida isotonica. Buoni risultati dànno i semicupi, l'idroterapia in tutte le forme, il camminare, il nuoto. Con prudenza si procederà al raddrizzamento dell'organo; in seguito si useranno

largamente la glicerina, l'ittiolo, il thigenol; può essere utile secondo i casi un pessario; in caso di necessità, intervento chirurgico.

fil.

Setticemia puerperale da pneumococco.

Non vi è un microbo specifico dell'infezione puerperale, poichè tutti i germi sono capaci di produrre l'infezione delle ferite genitali durante il puerperio. Pertanto non tutti i germi hanno in questo processo la stessa importanza; alcuni vi si trovano eccezionalmente, come il bacillo del tifo, del carbonchio, della difterite; in tal caso anzi si tratta in realtà di infezione difterica, carbonchiosa, ecc., non già di una infezione puerperale vera e propria. I germi che più comunemente si trovano in questa sono lo streptococco, lo stafilococco, il coli, il gonococco ed alcuni anaerobî. Parecchi osservatori hanno stabilito l'importanza del pneumococco nella patogenesi delle infezioni puerperali, però l'intervento di tale germe è tuttora considerato come raro.

C. Monckeberg (*Gynécologie et Obstetrique*, 1924, n. 4), ne riporta una osservazione in cui la febbre si iniziò al terzo giorno dal parto per salire a 39°.3 al sesto. Nei lochi, purulenti, si trovò il pneumococco in coltura pura; tale germe venne pure riscontrato all'emocoltura, praticata al settimo giorno. Vennero fatte ricerche allo scopo di precisare la provenienza del germe; l'ammalata non aveva avuto infezione pneumococcica antecedente, si riscontrò in essa: faringe sana, flora microbica della bocca normale, con assenza del pneumococco (*sic*). Nella levatrice invece si riscontrò: amigdalite cronica sinistra, con pneumococchi numerosi nella secrezione delle amigdale. Si può dunque ammettere che la donna sia stata infettata durante il parto dalle goccioline di saliva proiettate dalla levatrice. La comparsa di sintomi al terzo giorno fa supporre secondo l'A. un'incubazione di altrettanti giorni. Il trattamento con autovaccini non diede alcun risultato; la donna venne a morte 13 giorni dopo il parto. All'autopsia si trovò: Endometrite purulenta, pneumonite, peritonite; si riscontrarono pneumococchi nel liquido peritoneale. La curva termica, per le oscillazioni brusche e disordinate, presentava i caratteri di una piemia, piuttosto che di una setticemia. *fil.*

L'uso della sonda ginecologica.

Osserva P. Gaifami (*Clinica ostetrica*, febbraio 1924) che l'uso della sonda ginecologica, che pure ebbe tanta voga, volge meritatamente verso il tramonto; ma più rapidamente per il ginecologo che non forse per il medico pratico, che è invece quello nelle cui mani, per forza di cose, tale strumento è meno innocuo. Fra i pericoli che possono derivare dall'uso della sonda, sono da citarsi anzitutto le perforazioni, di cui Hirsch, pur nelle statistiche incomplete, ha raccolto 291 casi nella letteratura, taluni dei quali capitati anche a mani sperimentate. Più immanente e frequente è il pericolo delle infezioni, tanto maggiore quando si introduce la sonda sotto la guida del dito, oppure quando non si seguono le norme di scrupolosa antisepsi, quali sono raggiungibili solo in ambienti adatti e non certo negli ambulatorî medici. Nè bisogna dimenticare il pericolo della interruzione di una gravidanza, che passi inosservata o magari tenuta celata a bella posta da chi abbia interesse a farla interrompere.

D'altra parte l'uso della sonda è da ritenersi poco o punto utile, tanto più allo stato attuale delle nostre conoscenze, ora che si pratica correntemente l'esame vagino-addominale combinato, che tanti vantaggi ha portato alla diagnosi ginecologica. Tale uso non deve essere complemento abituale dell'esame ginecologico, ma solo un mezzo ausiliario d'eccezione, per risolvere dei dubbî diagnostici nell'ambito ginecologico, risoluzione che spetta al ginecologo più che al medico pratico, il quale farà bene ad astenersi dall'usare detto strumento.

fil.

La terapia dell'aborto.

Risulta dalle statistiche di R. Elkan (*Med. Klinik*, 9 settembre 1923) che gli aborti possono essere considerati spontanei solo nel 5 %, mentre il rimanente è da ritenersi provocato. In qualunque caso il medico deve trattare l'aborto come fosse provocato e quindi infetto. L'A. consiglia i trattamenti seguenti:

1) Manovre recentissime; emorragia in atto; travaglio; prodotto del concepimento non espulso; non febbre. È necessario procedere al più presto all'espulsione; si ricorra pertanto agli stimolanti ovvero, se l'emorragia è eccessiva e se il collo dell'utero è dilatato, allo svuotamento digitale, dopo di che si praticherà con una sonda di Ohlshausen, una irrigazione endouterina con acqua jodata.

2) Manovre da 6-10 giorni: emorragia, più o meno forte; prodotto del concepimento espulso; febbre. Dominare l'emorragia con gli stittici, in modo da dar tempo all'organismo di combattere l'infezione locale. La febbre cessa di solito dopo 2-3 giorni; l'emorragia invece continua, generalmente non forte, sicchè l'A. ritiene non opportuno un intervento a cui si potrà ricorrere, usando il metodo digitale, solo

se la perdita di sangue è rilevante. I dolori si combattono con i narcotici.

3) Manovre da 6-20 giorni; non emorragia; ostio e cervice aperti; peritonite ed altre complicazioni. L'intervento non potrebbe che danneggiare l'attività difensiva dell'organismo, in causa dell'infezione, sia essa limitata all'utero od ai parametri, sia già diffusa al peritoneo. Si rinuncerà anche ad ogni revisione dell'utero e ci si limiterà alla proteinoterapia parenterale od alla colloidoterapia argentica. All'intervento si ricorrerà in seguito, quando il processo si sia nettamente limitato. *fil.*

Nell' herpes genitale femminile.

Lavare mattina e sera con Liquore di Labarraque (50 g. in un litro d'acqua); poi asciugare dolcemente e spolverare con sottonitrato di bismuto g. 30 e talco veneto g. 40. Se la cicatrizzazione è lenta, toccare una volta al giorno con un tampone imbevuto di nitrato d'argento a 1/30. *a. z.*

NOTE DI TECNICA.

I reperti di laboratorio nella prognosi della pneumonite.

La polmonite comporta grandi variazioni nella mortalità, che va dai 15 al 50 %; tali variazioni sono dovute a diversi fattori, che vanno considerati nello stabilire la prognosi.

Nella determinazione di quest'ultima hanno notevole importanza i reperti di laboratorio, che H. Fried (*Amer. medicine*, genn. 1924), distingue come segue:

Il fattore eziologico. — Fra i diversi germi che possono dare la pneumonite, i più frequenti sono il pneumococco, lo streptococco, il bacillo dell'influenza. Più raramente si trovano il bacillo di Friedländer, lo stafilococco, il meningococco.

Il pneumococco. — È nota la distinzione di questo germe in diversi tipi, che comportano una prognosi diversa. Il I dà una mortalità del 25 %; il II del 32 %; il III del 45 %; il IV del 16 %. Queste percentuali non sono identiche per tutti i ricercatori; comunque il tipo III si è dimostrato sempre il più virulento. La differenziazione si fa con il metodo dell'agglutinazione, ma può anche farsi mediante la precipito-reazione delle urine, mescolando questa con il siero antipneumococcico dei diversi tipi. Tale reazione di precipitazione è anche importante da seguirsi giornalmente, poichè un aumento di essa indica un aumento di pneumococchi nel sangue e quindi una prognosi cattiva, il più spesso fatale. La presenza di pneumococchi nel sangue, rivelata dall'emocoltura, è pure un elemento di prognosi sfavorevole, tanto più quanto più elevato è il numero dei pneumococchi, in un cmc. di sangue seminato su piastre.

La leucocitosi. — Una bassa leucocitosi, con tendenza alla leucopenia, è di prognosi sfavorevole a meno che non si tratti di infezione del tutto leggera. Per contro una notevole leucocitosi con tendenza all'aumento indica un esito favorevole. La leucocitosi dopo la crisi o la lisi, con polinucleosi, indica empiema od otite media.

Lo streptococco. — Queste polmoniti non sono state studiate dal punto di vista batteriologico quanto quelle da pneumococco. In generale si può ritenere che lo streptococco emolitico dà una mortalità del 40-60 %; la virulenza aumenta nelle epidemie per i successivi passaggi. È abbastanza frequente la polmonite da streptococco viridans, che dà una bassa mortalità, del 10 %, circa.

Il bacillo dell'influenza. — Raramente si hanno polmoniti dovute solo a tale bacillo; comunque la prognosi, più che da dati di laboratorio, è determinata dai reperti clinici.

Il bacillo di Friedländer. — La polmonite determinata da tale germe è quasi sempre fatale. *fil.*

Agglutinazione del proteus X 19 nell'infezione da proteo.

(C. SONNENSCHEIN. *Deutsche Med. Wochenschr.*, n. 4, 1924).

Il siero di un malato di tubercolosi polmonare aperta, nel cui espettorato, nelle cui feci, e nella cui urina si potè dimostrare costantemente il proteo volgare, agglutinava ad alto titolo i ceppi del proteo X 19. Il paziente non aveva mai sofferto il tifo esantematico ma era stato in contatto con ammalati di tale forma morbosa. Il siero del paziente agglutinava il proteo X 19 ed altri ceppi ad un titolo più elevato che non quel ceppo da cui il suo organismo era infetto. Questo ceppo infettante non apparteneva al gruppo X, non venendo esso agglutinato dal siero di malati di tifo esantematico, ma soltanto dal siero del malato e di altri malati affetti da infezione da proteo.

Le agglutinine per il proteo X 19 erano termostabili; il siero inattivato agglutinava ad un titolo più alto del siero non inattivato. Le agglutinine che si trovano nel siero di malati di tifo esantematico sono invece termolabili; questo fatto permette di distinguere la reazione di Weil-Felix nel tifo esantematico dall'agglutinazione dell'X 19 nei pazienti affetti

da infezione da proteo. Per poter fare la diagnosi di tifo esantematico in base alla reazione di Weil-Felix si deve perciò in primo luogo escludere clinicamente e batteriologicamente un'infezione comune da proteo, in secondo luogo eseguire la reazione contemporaneamente con siero attivo ed inattivato; nei casi di tifo esantematico la reazione sarà positiva soltanto con siero attivo.

POLL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Stasi intestinale. Forme cliniche. Mezzi diagnostici differenziali. — Al dott. C. d. P., Celano:

Le sindromi determinate dalla stasi intestinale cronica sono state distinte per topografia in: 1) in stasi della prima porzione, cecoascendente o prossimale; 2) in stasi della seconda porzione o stasi del trasverso e del discendente o stasi distale; 3) in stasi terminale; 4) in stasi bipolare; 5) in stasi totale. La qualifica si riferisce alla porzione dell'intestino in cui si determina la stasi; essa può essere di origine atonica, di origine spastica, di origine puramente meccanica.

Alla topografia della stasi intestinale sono legate sindromi cliniche differenti: *la stasi cecoascendente o prossimale* è caratterizzata dall'arresto o dal ritardo nel transito nella prima porzione dell'intestino colon, là dove precisamente dovrebbe avvenire il riassorbimento di acqua e di sostanze nutritive ancora utilizzabili; essa determina una sindrome morbosa piuttosto ricca e per sintomi generali e per sintomi locali. Le ripercussioni sullo stato generale sono caratteristiche di questa forma di stasi; cefalee, senso di intontimento, insonnia, tristezza, vertigini, tetania, fenomeni di nausea, vomiti, crisi sudorali, gastrosuccorroiche; questi fenomeni sono più intensi nei periodi di costipazione e si dissipano rapidamente o migliorano se si ripara in qualche modo alla stipsi, la quale spesso è alternata a diarrea. Localmente i malati accusano in corrispondenza della regione iliaca destra senso di ripienezza, di distensione, con crisi dolorose, frequentemente interpretato come esponente di appendiciti croniche. I dolori non raramente sono anche riflessi sull'epigastrio, a tipo duodenale. In qualche caso la forma di stasi della prima porzione assume un aspetto nettamente doloroso infiammatorio, con crisi di stipsi e di diarrea, con emissione frequente di muco e di sangue.

La *stasi della seconda porzione* è quasi asintomatica: assenti sono i segni di intossicazione, assenti spesso i segni locali, ma non sempre; qualche volta dolori, la funzione intestinale caratterizzata da costipazioni ostinate senza crisi dolorose, e senza crisi di diarrea.

La *stasi terminale o rettosigmoidea* è frequente nei vecchi, nei sedentari, negli obesi: il malato non ha defecazioni spontanee che raramente, quasi sempre con l'ausilio di purgativi o con clisteri. Mancano i segni d'intossicazione, spesso nervosismo, ipocondria, preoccupazione; segni locali frequenti sono le ragadi e lo sviluppo di nodi emorroidari. Nelle altre forme sono evidenti e in grado di differente combinazione gli elementi delle sindromi descritte. Come in molte malattie, il clinico può sospettare la forma morbosa, ma la risposta definitiva spetta al radiologo; al cui responso deve esser aggiunto il controllo dell'esame delle feci per stabilire esattamente la natura e la cura. Con l'esame radiologico non solo si potrà fissare la zona dell'intestino incriminata, ma determinare la varietà: atonica o spastica: nella prima forma la parete del colon è liscia e senza forti deformazioni, i movimenti sono distanziati e lievi, la massa è poco densa, poco omogenea ma continua; al contrario nella forma spastica la parete è quasi interrotta da profonde contrazioni, da movimenti peristaltici ed antiperistaltici violenti, da masse opache e frammentate.

Quando la diagnosi di stasi intestinale cronica è sicura e la diagnosi topografica è chiara, è necessario rendersi conto *delle cause determinanti* lo spasmo o l'atonia, prima di stabilire la direttiva terapeutica; gravida di errori è la condotta di quel medico che crede, con correttivi, con operazioni intempestive, di poter riparare a tutte le stasi: qualche volta, e non raramente, una enterocolite ulcerosa è la causa delle stasi spastiche, e basta curare il fatto flogistico per aver ragione della sindrome stittica: la clinica è sempre qualche cosa di più che non la sindrome semeiologica e va più in là di essa; e in nessun campo l'aforisma è vero quanto in tema di malattie intestinali.

T. PONTANO.

Cura dell'accesso di tachicardia parossistica. — Al dott. E. L., Villalago:

Se il malato di tachicardia parossistica è intollerante della morfina, egli nulla perde, perchè la morfina e gli oppiacei in genere non sono nè utili nè consigliabili come sedativi nella tachicardia parossistica. Rimedi modernamente usati e lodati sono la strofantina, l'ouabaina, la chinidina. La strofantina per uso endovenoso può essere adoperata alla dose di mezzo milligrammo, l'ouabaina anche per iniezione endovenosa, nella dose di un quarto di milli-

grammo. La dose può essere ripetuta sia per la strofantina che per l'ouabaina dopo le 24 ore e per 3 o 4 giorni. La chinidina va adoperata nella dose di 1 gr. e 20 centigr. nelle 24 ore, in carte da 40 centgr. ciascuna. Il meccanismo di azione dei tre rimedi, nella tachicardia parossistica vera (extrasistolica), consiste con ogni verosimiglianza nell'allungare il periodo refrattario.

Trattandosi di soggetti avanzati negli anni è preferibile ricorrere alla chinidina; essa ha azione meno brusca, sicuramente non pericolosa; qualche pericolo potrebbe essere legato al l'uso dell'ouabaina e della strofantina, che, anche nelle minime dosi consigliate, mostrano sempre azione brutale. Alcuni espedienti e procedimenti empirici sono ancora consigliati negli attacchi di tachicardia parossistica: inspirazioni lente e profonde, possibilmente nel decubito dorsale e a braccia estese; ingestione di piccoli sorsi di acqua fredda; deglutizione di grosse pillole di alimento o di sostanze indifferenti; solletico del faringe fino alla nausea, compressione del pneumogastrico, compressione dei globi oculari. Tutti questi espedienti hanno goduto per un certo tempo e godono ancora presso alcuni autori una certa rinomanza esercitando azione suggestiva sull'animo dei medici e dei pazienti: bisogna ricordare che l'attacco di tachicardia talora cessa senza causa e può la cessazione coincidere con l'esperimento delle varie prove! T. PONTANO.

Cacodilato di sodio per via endovenosa. — Al dott. P. C., Girgenti:

Si possono adoperare senza timore le ordinarie iniezioni di cacodilato, meglio se diluite in 5 cmc. di soluzione fisiologica, anche per via endovenosa. La tolleranza per questo rimedio è ben differente di quello che si riteneva fino a qualche anno fa. Recentemente il cacodilato di sodio è stato usato a dosi molto elevate e in alcune malattie nervose con spasmi di origine piramidale ed extrapiramidale, e come mezzo chemioterapico: anche nei bambini le dosi di cacodilato per via endovenosa hanno raggiunto cifre assai alte. Lei potrà usare, se vorrà fare una cura intensiva, le iniezioni endovenose di cacodilato al 50 per cento (0,50 in un cmc.), una iniezione ogni due giorni. T. PONTANO.

Metalli colloidali nei bambini. — All'abb. numero 10396:

I bambini anche al disotto dell'anno di età tollerano benissimo i metalli colloidali anche a dosi elevate. Per es. potrà usare il collargolo in soluzione 1: 100 nella dose di 2-5-10 cmc. anche per via endovenosa (giugulare). *t. p.*

Per la cura della polmonite. — Alcuni medici di Roma chiedono con qualche insistenza perchè la Clinica medica non si è pronunciata sul rimedio Tomarkin.

Il Direttore della Clinica medica ci autorizza a dichiarare che, per principio, nella sua clinica non si sperimentano rimedi di composizione ignota, e che, nel caso concreto, nè a lui personalmente nè alla clinica come istituto fu mai rivolto invito di verificare gli effetti di tale specialità.

VARIA.

La mortalità fra i medici negli Stati Uniti.

Il *Journal of the American Medical Association* del 5 gennaio 1924 ha denunciato 2570 decessi di medici negli Stati Uniti durante l'anno 1923. Il giornale crede che bisogna aumentare del 2 % questo numero, in causa delle omissioni e delle informazioni tardive inevitabili; con ciò si avrebbe una cifra complessiva di 2621 medici americani morti nel 1923. Poichè il numero di essi si valuta ascendere a 146,000, il tasso della mortalità è del 17,95 per mille. Nel 1922 questo tasso fu del 17,73 ‰. Per ciò che concerne l'età, i 2557 decessi del 1923 si dividono come segue: 40 casi al di sotto di 30 anni, 144 fra 31 e 40, 373 fra 41 e 50, 532 fra 51 e 60, 703 fra 61 e 70, 513 fra 71 e 80, 218 fra 81 e 90, 33 fra 91 e 100, e 1 a 102 anni. Il numero più forte fu a 68 anni di età con 79 morti. Quanto alle cause di morte: 559 soccombettero per affezioni cardiovascolari, 160 per cancro e sarcoma, 72 per tubercolosi, 38 per diabete, 37 per setticemie, 22 per anemie, 5 per febbri tifoidee, e 1 per beriberi; la emorragia cerebrale ha causato 260 morti, la paralisi generale 11, la meningite 10, l'encefalite epidemica 10, la polmonite 161, la bronchite 71, la influenza 53, la nefrite cronica 100, l'uremia 30, ecc. Si annoverarono 126 morti accidentali, di cui 79 automobilistiche e ferroviarie, 2 per caduta da aeroplano, 2 per asfissia, 2 per avvelenamento, 1 per elettroesecuzione, 12 per aggressioni di pazzi e di banditi; 63 si sono suicidati: 24 con armi da fuoco, 15 col veleno, 5 con asfissia, 3 con sommersione, 4 con caduta da un luogo elevato, e 8 con mezzi rimasti sconosciuti.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

COZZOLI GIULIO. *Un medico socratico.* — Napoli, G. Banca, 1923.

MATTIOLI LUIGI. *Il sangue, la temperatura, il polso e la pressione omerale nelle infermiere sottoposte alla guardia notturna.* — Milano, Antonio Cordami, 1923.

MEROLILLO GIUEEPPE. *I rimedi specifici e la moderna terapia.* — Milano, A. Rancati, 1923.

PASSINI ROBERTO. *La cura locale della tubercolosi polmonare e l'efficacia delle iniezioni peripleuriche di olio di gomenof canforato.* — Roma, Tip. Mantellate, 1922.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Considerazioni intorno alla revisione degli organici.

La Rivista di diritto pubblico (fascicolo II del 1924) pubblica una nota dell'avv. Nino Levi circa la revisione eccezionale degli organici.

Ne segnaliamo alcune considerazioni, pur dissentendone non dal punto di vista della giustizia e della equità, cioè della critica di molte disposizioni dei decreti 27 maggio e 24 settembre 1923, ma da quello della interpretazione e dell'applicazione delle norme di diritto positivo.

A) *Riduzione degi stipendi e diritti quesiti.*

« Per i funzionari che rimangono in servizio *quid juris* se la retribuzione fissata dalle nuove tabelle è inferiore a quella goduta prima dal funzionario?

La facoltà di modificare l'organico che hanno gli enti pubblici si concilia con il rispetto che essi debbono ai diritti acquisiti dal personale. Così ritenne la IV Sezione del Consiglio di Stato con la decisione 19 agosto 1904, n. 446, Presidente Bonasi (*Giustizia amm.* 1904, pagina 469), nè vi è in ciò quella contradizione che taluno credette di ravvisare, perchè i due concetti di diritto e di limite non si contraddicono. Si tratta di vedere in che cosa consistano questi diritti acquisiti.

Non vi è, per prevalente opinione, diritto acquisito alla carriera cioè alla presunzione di potere, dopo un certo numero di anni ed in seguito a determinati servigi, giungere a certe utilità economiche e morali. Un diritto acquisito alla carriera se riconosciuto ai funzionari renderebbe in fatto assai poco utile il diritto che si riconosca agli enti pubblici di modificare gli organici.

Ma cosa ben diversa è il diritto allo stipendio conseguito e praticato. Quanto alla carriera si tratta di una aspettativa che si proietta nell'avvenire; il diritto allo sipendio goduto si ricollega a uno stato di fatto divenuto perfetto sotto il regime del regolamento passato e che non può essere distrutto.

E precisamente quanto espone il Fiore (*Diritto civ. it.*, parte I delle disposizioni generali, vol. I, pag. 162): « l'individuo che abbia posto quel dato fatto contemplato dalla legge o che si sia trovato in quelle date circostanze di fatto richieste dalla legge, e completamente ed integralmente verificatesi mentre vigeva la detta legge, può vantare non solo di avere acquistato un diritto individualizzato e perfetto, ma di avere altresì acquisito il diritto di dedurre gli effetti legali del diritto principale.

Pertanto, di fronte all'art. 2 delle disposizioni preliminari al Cod. Civ. e di fronte al fatto che il decreto non stabilisce che la modifica delle tabelle debba intaccare questi diritti acquisiti (il che dovrebbe fare tassativamente ed esplicitamente) riteniamo che gli individui che avessero conseguito sotto il passato regolamento un determinato stipendio, dovranno ricevere in avvenire almeno quanto fu loro praticato fino al momento dell'entrata in vigore del nuovo regolamento; e, quindi, se lo stipendio nuovo fosse inferiore, dovrebbe essere corrisposto loro un assegno *ad personam* per quel periodo che, restando in servizio avrebbero uno stipendio inferiore.

B) *È proponibile l'azione giudiziaria*

« Conro i provvedimenti di cui al decreto, attengano alla modificazione dei regolamenti organici o di pensione o riguardino invece la sistemazione dei singoli, si tratti di atti degli Enti pubblici nei confronti dei dipendenti o di atti della autortà governativa nei confronti dell'ente, è tassativamente inibita dall'art. 4 del decreto qualsiasi azione giudiziaria. È ammesso soltanto ricorso per legittimità alla IV Sezione del Consiglio di Stato o in via straordinaria al Re. La limitazione è duplice.

Si fa oggi dunque a ritroso la strada che fu percorsa nel secolo scorso dalla patria legislazione che fu compiuta con la legge del 1907. Si trattava allora di dare agli interessi imperfettamente garantiti dalla legge così da non assurgere a veri e propri diritti, e tali pertanto da non potere essere oggetto di azione avanti il giudice ordinario, di dare, dicevamo, a questi diritti una protezione giurisdizionale attraverso la Giustizia amministrativa. Oggi, non soltanto si privano di azione questi interessi legittimi, ma si spoglia anche il diritto perfetto di azione avanti il giudice ordinario.

Non vi è dubbio che il decreto con queste disposizioni innovi allo statuto, perchè contraddice, sia all'art. 71, in quanto sottrae certe controversie ai giudici naturali, sia all'art. 3 col quale si riconosce la divisione dei poteri come fondamento della nostra costituzione, e per i quali entrambi è impossibile che l'ordine giudiziario sia spogliato della sua potestà giurisdicente.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

Lo statuto non è intangibile; in uno Stato come il nostro che non ha uno speciale organo costituente, tale potere si deve riconoscere nel Parlamento; ma nel caso che la norma legislativa sia contraria allo statuto e questo non sia abrogato, il giudice giudicando *secundum leges*, si trova di fronte a due precetti: quello dello Statuto e l'altro; a quale dare applicazione dal momento che sono contradditori?

Evidentemente si deve dare applicazione allo Statuto ed ai principi generali di diritto (v. in questo senso Mortara, Comm., vol. 1, n. 107).

Nel caso nostro il magistrato dovrà dunque render giustizia, quale che sia il divieto del decreto-legge ».

***

Per le ragioni che già esponemmo, noi siamo persuasi che, dato il testo dei decreti, nè l'una nè l'altra interpretazione, sopra riportate, siano fondate.

Le segnaliamo tuttavia come indice dello stato d'animo degli studiosi delle discipline giuridiche di fronte a disposizioni eccezionali che toccano diritti quesiti è garanzie giurisdizionali.

Questi tentativi dottrinali valgano almeno a frenare l'esercizio *eccessivo* di poteri così ampi.

QUESTIONI PRATICHE.

XXI. — Formalità per il ricorso alla Giunta provinciale amministrativa e al Consiglio di Stato.

È inammessibile il ricorso alla G. P. A. se la *domanda di fissazione* di udienza non sia firmata dal ricorrente nè da un avvocato munito di mandato speciale. Tale motivo di inammessibilità, anche se non dedotto dall'altra parte, deve essere rilevato d'ufficio dalla Giunta.

Il decreto di fissazione di udienza deve essere notificato, a *pena* di decadenza almeno 10 giorni prima della udienza.

Queste massime sono state recentemente confermate dalla V Sezione del Consiglio di Stato; è necessario tenerle presenti, per evitare motivi formali di inammessibilità e di decadenza, tanto più che non è infrequente il caso di ricorsi presentati direttamente dalle parti, senza assistenza di difensore, non essendo necessario nei giudizi innanzi alla G. P. A. il patrocinio di un avvocato, che è invece indispensabile per i ricorsi alla IV ed alla V Sezione del Consiglio di Stato essendo prescritta per essi la sottoscrizione della parte e di un avvocato esercente in Cassazione tanto sull'originale che sulle copie dei ricorsi.

È sufficiente la sottoscrizione dell'avvocato qualora però questi abbia mandato speciale.

La firma sia della parte che dell'avvocato deve essere autografa; recentemente (sentenza 1° settembre 1923, ric. Sacchetti) la IV Sezione del Consiglio di Stato ha sospeso di giudicare ed ha inviato il ricorso all'autorità giudiziaria per i necessari accertamenti dell'autenticità della sottoscrizione del ricorrente, contestata dall'altra parte con eccezione che appariva verosimile. E con altra sentenza, essendo risultato che la firma non era autentica, la IV Sezione ha dichiarato inammessibile il ricorso ed ha inviato gli atti al Procuratore del Re per eventuale procedimento penale.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Le masse militari come mezzo di propaganda igienica.

Il prof. L. Sestini, colonnello medico della R. Marina, ha tenuto a Napoli, una conferenza agli ufficiali di quel Presidio, allo scopo di illustrare loro non solo la necessità ed i benefici dell'igiene, ma di dimostrare altresì la grande utilità che può ridondare non solo all'Esercito, ma anche alla intera collettività, dall'educazione igienica delle masse militari.

Tutti sono concordi nell'auspicare alla rigenerazione igienica delle nostre popolazioni.

A tale opera complessa ognuno deve contribuire non solo per raggiungere quel progresso cui tutti debbono aspirare, ma anche per quella mutua difesa collettiva che oggi s'impone a sostituire molte delle opere una volta affidate alla pubblica beneficenza.

Ora le conoscenze dei più elementari principii dell'igiene debbono essere impartite fin dall'età più giovane affinchè si radichino così profondamente nell'animo da divenire abitudini nell'età più adulta.

Ecco perchè la *scuola*, in tesi generale, e la famiglia, devono essere l'ambiente nel quale il giovane trova i primi germi per la formazione di questa coscienza; ecco perchè nelle masse militari che sono una famiglia ed una scuola di dovere, di disciplina, di sacrificio, si devono o coltivare le cognizioni già acquistate o gettarne il seme perchè si abbia questa nuova educazione, in modo che anche per questo potente organismo nazionale si possa ripetere il detto del De Amicis per la scuola che « insegna, educa, nutrisce, risana, fortifica ».

Il principio che deve informare la nostra azione in tale campo è questo: Dal primo momento che il giovane entra sotto le armi, deve essere istruito ed educato anche circa i principii fondamentali del vivere igienico: questi insegnamenti lo devono accompagnare fino alla fine del servizio militare in modo che, rinnovata o meglio formata la sua coscienza igienica, egli possa trasfonderla, a suo tempo, nella famiglia alla quale egli torna rinnovato nelle idee, nel contegno, nella attività, ricordando che *non vi è educazione senza igiene, nè igiene senza educazione*: sicchè quelle scuole della nazione che sono l'Esercito e l'Armata non siano — come non lo sono in effetto — limitate al concetto di una scuola per la guerra ma si completino con molto di ciò che ha attinenza alle feconde opere della pace e della civiltà.

Da vari anni tutte le autorità militari, convinte dell'importanza di questo compito, hanno organizzato e disposto un complesso di provvidenze atte a tale scopo e principalmente conferenze di Ufficiali Medici e non medici, istruzioni stampate nel libretto personale, opuscoli di propaganda igienica, precetti scritti in avvisi stampati sulle pareti delle Caserme, delle camerate, ecc.

I risultati ottenuti dal progressivo miglioramento di tutti i servizi e da questa propaganda igienica sono facilmente tangibili studiando le condizioni sanitarie delle truppe di terra e di mare notevolmente migliorate da varii anni a questa parte.

Basterà quindi mettere in valore quello che attualmente si fa, migliorando soltanto il metodo di insegnamento. E, mirando allo stesso scopo, è da augurarsi che il nostro bilancio statale permetta al più presto che si possa provvedere alla costruzione di nuove caserme rispondenti a tutti i desiderati dell'igiene. Si potranno allora abbandonare i vecchi conventi, i vecchi castelli, i vecchi fabbricati in genere nei quali oggi occorre uno spreco di energie e di spese enormi perchè essi rispondano alle esigenze igieniche senza nemmeno sempre raggiungere lo scopo.

In tal modo l'igiene potrà essere insegnata al soldato con il vivo esempio.

Tutte le norme di igiene contenute sia nelle pagine del libretto personale sia nelle istruzioni per l'igiene del soldato più che essere oggetto di astratte lezioncine, dovrebbero servire come argomento per conversazioni ed esperimento, come di qualche proiezione istruttiva o fissa o cinematografica in occasione di spettacoli o riunioni nelle provvide *case del soldato* o nei locali di riunione e di ricreazione delle caserme.

Molto si può e si deve insegnare per mezzo di racconti e di aneddoti cui offriranno occasione i militari stessi i quali come gli alunni delle scuole dovrebbero poi dare saggio del profitto di questo insegnamento con gare di igiene. Premiamo, cioè, i corpi, i reggimenti, le compagnie, le squadre più pulite nella persona, nella tenuta, quelle nelle quali siano state commesse minori infrazioni ai precetti di igiene, ecc.

È necessario perciò che tutti coloro che sono destinati a curare l'istruzione del soldato siano culturalmente preparati e profondamente

convinti della necessità di rinnovarne anche la coscienza igienica individuale durante il servizio militare.

Occorre che tutti gli ufficiali ed i sottufficiali siano istruiti a tale scopo e poichè essi hanno la attitudine mentale e le maggiori cognizioni necessarie per assorbire dall'ufficiale medico le conoscenze tecniche da seminare giornalmente nelle masse, è necessario che seguano dei brevi corsi teorici pratici d'igiene come si fa oggi per i maestri.

Tali corsi li metteranno in grado di compiere questo lavoro di rigenerazione igienica dei militari.

E questi alla loro volta, al loro ritorno nella vita civile potranno essere strumento fattivo per la formazione di una nuova coscienza igienica nazionale di cui, purtroppo, si sente ancora fortemente il bisogno. A. FILIPPINI.

Cronaca del movimento professionale.

Contro le asprezze fiscali.

L'Ordine di Chieti ha deliberato il seguente ordine del giorno:

«I medici della Provincia di Chieti considerando le gravi asprezze fiscali, di cui molti di essi sono stati vittime, fanno voti perchè il Fisco, negli accertamenti dei redditi professionali, proceda con maggiore cautela, tenendo presenti i fattori multipli che rendono precaria la rimunerazione del medico, e, specialmente, la pletora professionale e le assillanti esigenze sociali di oggi».

Nuovi Consigli degli Ordini.

MACERATA. — *Presidente*: prof. Eutimio Guasoni; *vice presidente*: dott. Palombi Ermanno; *segretario*: dott. Giuseppe Pezzetti; *tesoriere*: dott. Tommaso Lorenzani; *consiglieri*: dottori Aldigerio Scoccianti, Italo Buccolini, Vito Volpe.

MANTOVA. — *Presidente*: dott. Marino Pasquali; *segretario*: dott. Leonida Borghi; *tesoriere*: dott. Antonio Belfanti; *consiglieri*: dottori Luigi Ferrari, Umberto Fanti, prof. Francesco Maccabruni, dott. Edmondo Pongiluppi.

PAVIA. — *Presidente*: prof. Angelo Nicolato; *vice presidente*: dott. Carlo Omodei-Zorini; *segretario*: dott. Luigi Milanesi; *tesoriere*: dott. Costanzo Arrigoni; *consiglieri*: dott. Emilio Busnengo, prof. Giovanni Masnata, dott. Francesco Pezza.

REGGIO CALABRIA. — *Presidente*: prof. Tiberio Evoli; *segretario*: dott. Domenico Morena; *tesoriere*: dott. Antonio Serranò; *tesoriere aggiunto*: dott. Romeo Stefano; *consiglieri*: dottori Ferdinando Gullace, Antonio Politi, Vincenzo Romeo, Filippo Tripedi.

ZARA. — *Presidente*: dott. Eugenio Rolli; *segretario*: dott. Smerchinich Giovanni; *tesoriere*: dott. Maurizio Mandel; *consiglieri*: dott. Battara Rodolfo, Ostoich Giorgio.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AQUILA. *Congregazione di Carità.* — Medico primario dell'Ospedale Civico S. Salvatore; L. 6000 e compensi cure ai paganti in proprio. Docum. alla Segreteria entro le ore 12 del 10 mag. Età lim. 45 al 29 mar. Triennio di aiutato in clin. od osped. principale. Serv. entro 15 giorni.

BARBINETO (*Genova*). — Scad. 25 apr. Resid. lire 5000; c.-v.; uff. san. L. 500; mezzo trasp. L. 1800.

BELGRADO (*Serbia*). - *Facoltà Medica dell'Università.* — Concorsi alle cattedre d'igiene e di radiologia; vedi fasc. 15. Scad. 15 mag.

CANNERO (*Novara*). — Condotta. Scad. 30 aprile. Vedi fasc. 13.

CONSELICE (*Ravenna*). — Scad. ore 17 del 25 apr.; per Lavezzola; L. 8000, due c.-v.; per cav. L. 2000.

GIOVE (*Perugia*). — A tutto 20 mag.; resid. lire 6000, primo c.-v., L. 1000 condotta povera se meno di 300 paganti, L. 500 uff. san. Vaglia di L. 50.15 intestato al Comune. Serv. entro 15 g.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Uffic. sanit. del capoluogo; L. 13,500 e 5 quadrienni decimo; c.-v. in L. 1,200 se coniugato, L. 780 se celibe; è consentito il libero eserc. Ab. 35,866 su 392 ettari. Scad. ore 12 del 20 maggio.

MONTEBELLUNA (*Belluno*). Scad. 15 mag. L. 10.000, compresa direz. Osped. civile; mezzo trasp. L. 2500; due c.-v.

NERVESA DELLA BATTAGLIA (*Treviso*). — Scad. 30 apr.; L. 6000 per 1000 pov., addizion. L. 2, trasp. L. 2500, se uff. san. L. 700, c.-v., cinque quinquenni. Chiedere avviso.

PRATOVECCHIO (*Arezzo*). — Scad. 7 mag.; stip. L. 9000, cav. L. 3000 (variabile), c.-v.; 4 quadrienni di L. 500. Quitanza di L. 50 rilasciata dall'esattore-tesoriere del Comune.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Scad. 16 mag.; conc. per esami a 20 posti di tenente medico in serv. attivo perm.; stip. iniz. L. 9000; supplem. L. 600; indenn. milit. L. 1800; c.-v.; quadrienni di L. 800; computo serv. di complem. in guerra; età lim. 30 al 18 mar. Esame il 16 giug. in Roma. Norme nella «Gazz. Uff.» dal 25 mar. 1924.

S. ANTIMO (*Napoli*). — Scad. ore 14 del 10 mag. L. 5000 (*sic*) senza aum. nè c.-v. Tassa a mezzo di vaglia per L. 50.10 intestato al Tesoriere Comunale. Certif. uff. san. Età lim. 35. Laurea da 5 anni; biennio di condotta o assistentato in «ospedale clinico».

SONCINO. *Congreg. di Carità.* — A tutto il 30 apr. Direttore dell'Ospedale di S. Spirito. Vedi fasc. 14.

VALLONARA (*Vicenza*). Scad. 30 apr.; L. 6200 e sei quadrienni; due c.-v.; uff. san. L. 400; mezzo trasp. L. 600; età lim. 45; tassa L. 50. Pov. 600 circa su 3169 ab., di cui un terzo agglomerati. Comune parte in colle e parte in alpe.

L'Associazione Nazionale delle dottoresse in medicina ci comunica di aver riportato piena vittoria nei riguardi dei concorsi a primarî degli Ospedali di Arezzo, in seguito alla protesta indirizzata al Ministero degli interni contro l'esclusione delle dottoresse. Il prefetto della provincia, interessato dal direttore generale della sanità pubblica, ha ottenuto che il concorso fosse annullato; i nuovi bandi di concorso non portano limitazioni di sesso.

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze.* — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Premio Umberto I. Vedi fasc. 11. Scad. 31 dicembre 1924.

MILANO. *Municipio.* — Due premi della Fondazione dott. A. Beretta. Vedi fasc. 15. Scad. ore 12 del 28 feb. 1926.

ROMA. *Associaz. Profess. Dermosifilografi Italiani.* — Premio Locatelli. Vedi fasc. 45 del 1923. Scad. 15 maggio 1924.

ROMA. *Associaz. Ital. per l'Igiene.* — Premi per opuscoli di propaganda. Vedi fasc. 50. Proroga 15 maggio 1924.

ROMA. — *Ministero della Guerra.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *R. Clinica Oculistica.* — Premi Cirincione e Cidonico. Vedi fasc. 17 del 1923. Scad. 31 maggio 1924.

ROMA. *R. Università.* — Due premi di fondazione Girolami. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Società Italiana di Medicina Interna.* — Due premi ditta Hoffmann-La Roche. Vedi fasc. 15. Scad. ore 16 del 31 dic. 1924 e del 31 dic. 1925.

TORINO. *R. Accad. di Medicina.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

VENEZIA. *R. Istituto Veneto.* — Premio Minich. Scad. 31 dic. 1924. Premio Forti. Scad. 31 dic. 1925. Vedi fasc. 40 del 1923.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. M. Levi Bianchini è nominato, in esito a concorso, direttore del Manicomio provinciale di Teramo.

Il prof. Giuseppe Stradiotti è nominato medico primario dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano.

Il Consiglio Accademico dell'Università di Palermo, adunatosi il 4 febbraio pel conferimento delle borse di studio Andrea Capparelli per l'anno 1923-24, ha, con voto unanime, aggiudicata la prima al sig. Vincenzo Barletta, studente al sesto anno di medicina, figlio del dott. B. Barletta Tasca.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Sull'etiologia della febbre gialla.

S. Paulo del Brasile, 2 marzo 1924.

Non sarà del tutto discaro ai lettori del *Policlinico* che io qui riassuma — sia pure a grandi tratti — la Conferenza tenuta dal prof. Noguchi in questo Istituto di Igiene il 1° marzo 1924.

La figura dell'illustre scienziato Giapponese è troppo nota nel mondo degli studiosi, e quindi anche in Italia, perchè io mi attardi ad esporne il suo *curriculum vitae.*

Ricorderò solo che laureato nel 1897, il prof. Noguchi in breve volgere di anni affermò il suo valore di studioso e di geniale indagatore. Assistente dell'Istituto Kitasato e dell'Ospedale Generale di Tokio, ispettore sanitario del Porto di Yokohama, medico dell'Ospedale Internazionale di New-Chang (Cina), professore di Anatomia Patologica del Tokio Dental College, assistente di Patologia generale della Facoltà di Medicina di Rerogi, assistente dell'Istituto Carnegie e della Fondazione Rockefeller, di cui divenne membro nel 1909, professore universitario del suo Paese, ecco le successive tappe della sua carriera luminosa. Dalla sua feconda attività di studioso sono scaturiti molti lavori originali; menzionerò di sfuggita quello sul veleno dei serpenti spesso citato dagli ofidiologi, lo studio sull'ittero emorragico, quello sulla reazione di Wassermann, la speciale reazione (che porta il suo nome), del liquido cefalo-rachidiano nella lues del sistema nervoso, lo studio sul *treponema;* non è a dimenticare che fu appunto il Noguchi ad ottenere per primo una cultura pura del *virus* della sifilide.

L'O. dopo aver ricordato i numerosi lavori esistenti sino al 1918 sull'etiologia della febbre gialla, ed aver giustamente vagliato le difficoltà che si offrirono ai ricercatori precedenti a lui e le ragioni degli insuccessi di tali ricercatori, dimostrò che il *leptospira icteroides* e le qualità che lo distinguono sono in conformità con quanto era noto in conseguenza dei lavori della Commissione Americana di Avana. Enumerò i differenti agenti patogeni, che furono descritti quale produttori della febbre gialla (i quali ammontano a 13), sino al momento in cui iniziò i suoi studi *ad hoc* nel 1918 a Guayoquil (Ecuador). In tale epoca appunto ebbe la ventura di scoprire nel sangue e nel fegato dei malati di febbre gialla un germe, da lui denominato *leptospira icteroides*, germe a sua volta presente eziandio nel sangue e nelle emulsioni di organi di cavie inoculate con sangue o con emulsioni epatiche di malati di febbre gialla e con sindrome esperimentale completa (febbre, nefrite, ittero, emorragie, ecc., ecc.).

Furono inoltre ottenute culture pure di *leptospira* mediante materiale infettante tratto direttamente o del sangue di pazienti o da quello di cavie inoculate, conseguendo così una nuova prova sperimentale del valore patogenetico di tale agente morboso. Infine lo scienziato giapponese ricordò la trasmissione sperimentale dell'infezione in parola dall'uomo o dalla cavia inoculata ad

altre cavie normali mediante la puntura di *stegomyias* femmine infettate o mediante l'iniezione di emulsione di tali insetti, eseguite per lo meno otto giorni dopo che questi abbiano punto esseri umani od animali affetti da febbre gialla. Ricordò ancora un altro argomento a favore della specificità della *leptospira*, costituito dal fenomeno di agglutinazione che presentava il siero sanguigno di paziente di fresco guarito dell'infezione amarillica rispetto al Leptospira.

Il Noguchi, esaminando minuziosamente al microscopio l'emulsione di 25 *stegomyias* infettate, riscontrò rari esemplari di Leptospira.

L'esame necroscopico delle cavie infettate sperimentalmente e che avevano presentato la sindrome completa della febbre gialla (febbre, emorragie, nefrite, itterizia) fece riscontrare lesioni tipiche delli'nfezione in parola; così ad es.: nefrite parenchimatosa, emorragie gastro-intestinali e polmonari, itterizia, degenerazione grassa del fegato ed accanto a ciò milza normale per volume e per aspetto.

Trovata la *Leptospira* e riconosciutine i principali caratteri di *virus* della febbre gialla, secondo quanto avevano in precedenza stabilito Reed, Carrol, Agramonte, Lazear, Marchoux, Salimbeni, Simond, Parker, Beyer, Pothier, affermata la sua relazione diretta con la malattia dell'uomo e coll'affezione sperimentale degli animali (reazione di Pfeiffer, immunizzazione passiva con siero anticteroide, azione preventiva del vaccino anticteroide, sintomatologia clinica e reperto necroscopico negli animali infettati in perfetta corrispondenza con quanto si verifica nella febbre gialla umana) al Noguchi non rimaneva a dimostrare altra cosa se non che quanto aveva verificato circa il valore patogenetico della Leptospira per la febbre gialla a Guayaquil, si verificasse ugualmente in altri paesi.

Fu così che proseguendo identiche ricerche in Merida (Yucaton), nel Perù e più recentemente a Bahia (Brasile) ottenne identici risultati avendo riscontrato in cultura di sangue di pazienti affetti da febbre gialla la stessa Leptospira di Guayaquil. Altri sperimentatori come il dott. Leblanc ed il dott. Grovas a Vera Cruz hanno riscontrato del pari in casi dell'affezione in parola la Leptospira, che così diventa acquisizione definitiva della scienza.

La Conferenza fu accompagnata da dimostrazione di numerosi preparati microscopici.

Prof. dott. ERNESTO TRAMONTI.

NOTIZIE DIVERSE.

Prossimi Congressi.

1924:

Aprile 23-26, Roma, Congresso internaz. di urologia (vedi fasc. 14);

Maggio 12-16, Londra, Congresso imperiale di igiene;

Maggio 26-28, Parigi, Congresso di medic. legale di lingua francese (vedi questo fasc.);

Giugno 5, Parigi, Adunanza plenaria della «Société de Biologie» e delle sue filiali;

Giugno, prima metà, Venezia, Convegno d'infortunistica e assicurazioni sociali (vedi fasc. 6);

Giugno, prima metà, Abbazia, Congresso ital. di idrologia (vedi fasc. 8);

Agosto 5-7, Losanna, Conferenza internaz. contro la tubercolosi (vedi fasc. 14);

Settembre, Sardegna, Congresso italiano d'igiene (vedi fasc. 9);

Ottobre 11-14, Siena, Congresso di medici manicomiali (vedi fasc. 13);

Ottobre, Milano, Congressi italiani di medicina interna, chirurgia, urologia, ortopedia (vedi fascicolo 46 e 49 del 1923).

1925:

Aprile 12-15, Bruxelles, Congresso internazionale d'idrologia;

Luglio 20-25, Congresso internaz. di storia della medicina (vedi fasc. 43 del 1923).

Trasferimenti di professori.

Un R. Decreto (n. 2892) dà disposizioni su i trasferimenti di professori di ruolo dalle Università e dagli Istituti superiori dipendenti dal Ministero dell'Istruzione ai RR. Istituti Superiori di grado universitario dipendenti dal Ministero dell'Economia Nazionale. Il decreto è stato pubblicato nella «Gazzetta Ufficiale» n. 13.

L'art. 2 dice: Sono ammessi trasferimenti di professori di ruolo dalle Università e dagli Istituti superiori dipendenti dal Ministero della pubblica istruzione, ai RR. Istituti superiori di grado universitario dipendenti dal Ministero dell'economia nazionale e viceversa, per l'insegnamento della materia di cui sono titolari o di materia affine. Per la procedura di tali trasferimenti si osservano le norme che governano gli Istituti ove i professori vengono trasferiti. I trasferimenti tuttavia non possono aver luogo se non su conforme parere, rispettivamente, del Consiglio superiore della istruzione agraria, commerciale e industriale o di quello della pubblica istruzione che debbono pronunciarsi caso per caso.

Corso di perfezionamento di igiene.

Avrà luogo a Firenze nei mesi di maggio e giugno, per aspiranti ufficiali sanitari. Tassa d'iscrizione L. 300.50, e diritti varii L. 3.10, da versare alla Cassa dell'Istituto d'Igiene (piazza S. Marco, 2). Sono ammessi anche laureati in scienze naturali, zooiatria, chimica pura, chimica e farmacia e diplomati in farmacia.

Corso di malariologia.

Ricordiamo che ai primi di giugno s'inizierà a Roma un corso di malariologia per medici ed ingegneri argentini. Vi sono ammessi anche, in scarso numero, medici italiani.

La missione argentina, cui il nostro Governo ha accordato notevoli ribassi sulle tariffe ferroviarie, visiterà differenti zone malariche bonificate od in corso di bonifica, nonchè le scuole mediche di Genova, Torino, Pavia, Padova, Bologna e Napoli.

Corso sulla storia della medicina.

Farà parte dei *Corsi di alta cultura* che si terranno a Venezia dal 1° al 30 settembre. Le conferenze del corso avranno luogo nella sala della biblioteca dell'Ospedale Civile, da parte dei proff. Davide Giordano, Carlo Pasinetti, Francesco Delitala, Edoardo Ligorio e Luigi Cappelletti.

Scuole per oftalmici a Napoli.

Il 16 marzo furono ufficialmente inaugurate le scuole sanatorie per bambini oftalmici, istituite a Napoli in seguito a relazione dell'assessore per l'Igiene prof. Reale, approvata dalla Giunta Comunale, che affidava la dotazione e l'arredamento di esse all'assessore dell'assistenza sociale. Queste scuole sono annesse alla Clinica oculistica a Sant'Aniello e dirette dal prof. Angelucci, il quale tenne una conferenza inaugurale sul tema «La missione fisiologica delle scuole igieniche».

Colonia montana pro infanzia in Caltagirone.

Questa colonia, dovuta all'iniziativa del dott. cav. Salvatore Cona, venne inaugurata solennemente il 15 luglio 1923 e durante tre mesi estivi fornì un primo saggio soddisfacente, in locali concessi dal Comune e dalla Congregazione di Carità, a S. M. di Gena: essa sta ora per avere una degna sede edilizia, su progetto redatto dall'ing. prof. Luigi Galvani.

Chiusura delle case di salute a Nervi.

A Nervi sono state chiuse le case di salute in seguito ad un'agitazione cittadina, cui ha concorso il Municipio. Un comunicato del Sindaco afferma: «Il clima di Nervi non è punto confacente alle malattie di petto e lo stanno a dimostrare le statistiche dello Stato Civile». Un memoriale di medici protesta contro il presunto danno che dalla presenza dei tubercolotici deriverebbe alla popolazione indigena.

Propaganda antitubercolare.

A cura del Comitato di Patronato dell'Istituto Ortopedico Ravaschieri è stato pubblicato un elegante fascicolo con numerose illustrazioni e con una relazione del direttore prof. Curcio sulla dipendenza «Ospizio Marino Permanente» in Bagnoli.

La pubblicazione è fatta a scopo di propaganda scientifica e caritatevole ed è data gratuitamente. Chiunque vi abbia interesse può ritirarla nella Segreteria di detto Istituto: Riviera di Chiaia, 126.

Vaccinazioni Jenneriane.

Il Ministero dell'Interno ha, nell'imminenza dell'apertura della sessione primaverile delle ordinarie vaccinazioni antivaiolose, richiamato l'attenzione dei Prefetti e dei Medici Provinciali, con apposita circolare, sulle necessità di accertare che i vari servizi relativi a quella pratica, di capitale importanza per la profilassi del vaiolo, siano ovunque organizzati con piena efficenza. L'accertamento scrupoloso degli obbligati alla vaccinazione, gli inviti alle singole famiglie, i pubblici avvisi della apertura della sessione, la tempestiva provvista del materiale vaccinico, l'apprestamento dei registri occorrenti, il controllo reale ed efficace dègli esiti delle operazioni costituiscono l'insieme degli atti che possono dare piena garanzia di successo nella lotta contro il vaiolo, solo se vengono attuati nella loro totalità e con scrupolosa diligenza.

Il Ministero conclude la sua circolare assicurando che non avrebbe mancato di esaminare la possibilità di concedere speciali aiuti per il raggiungimento dello scopo.

Congresso francese di medicina legale.

Dal 26 al 28 maggio si adunerà a Parigi un Congresso di medicina legale di lingua francese: ne demmo già notizia sul fasc. 8. Segretario generale: prof. Etienne Martin, 10, rue du Plat, Lione.

Si è spento a Ticino il dott. G. REALI, che fondò ed a lungo presiedette la Società Medica della Svizzera Italiana e la Società Svizzera di Climatologia. Contava 71 anni. Era largamente stimato e benvoluto. J.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di gennaio 1924.

MALATTIE	31 dic 6 genn.		7 13 genn.		14-20 genn.		21-27 genn.		28 genn. 3 febbr.	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	231	2229	174	1320	190	1284	197	1489	226	1661
Scarlattina . .	150	346	119	300	120	288	106	232	98	273
Vajuolo e vajoloide.	—	—	2	2	1	3	2	2	4	6
Tifo addominale.	224	434	181	360	181	403	132	244	135	267
Difterite e croup	217	343	194	314	207	325	203	335	208	363
Meningite cerebro-spinale. .	14	14	9	9	8	9	3	3	13	15
Dissenteria . .	4	4	1	1	1	1	1	2	—	—

Tifo petecchiale, colera asiatico, peste bubbonioa nessuna denunzia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., feb. — B. FRIEDLÄNDER. La prova di sediment. del sangue nelle infez. chirurg. — T. SCOTT WELTON. Il momento dell'operazione nella gravid. ectopica.

Folia Med., 29 feb. — R. G. MAROTTA. Le diverse forme di dispepsia e l'esame dei dispeptici.

Mediz. Klinik, 9 mar. — O. LUBARSCH. Le statistiche di mortalità e delle autopsie.

Boll. Ist. Sierot. Milanese, feb. — M. CARPANO. Coccobatterio patogeno del tipo «Pasteurella» isolato dall'uomo. — P. FIORI. Germi carbonchiosimili.

Giorn. Clin. Med., 20 mar. — P. PENNATO. Megaesofago e megacolon. — L. ULUTROGIORN. Il cuore nelle infezioni paratifoidi.

Giorn. Med. Prat., mar. — U. ARCANGELI. Sul reum. artic. acuto con spec. riguardo alla cura.

Rev. de la Asoc. de Tisiologia del Hosp. Tornu, dic. — R. VILLEGAS. Meccanismo dell'infezione e predisposizione. — R. A. IZZO. Accidenti nervosi del pneumot. terap.

Ann. di Nevrol., 20 mar. — V. BIANCHI. Disturbi afasici nei feriti cerebrali di guerra.

Wien. Klin. Wochens., 20 mar. — K. KASSOWITZ. Distribuzione degli anticorpi tra tessuti e siero. — H. PORGES. Sutura tendinea primitiva. — B. LIPSCHÜTZ. Sui clamidozoi-strangiloplasmi.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI — Roma, 28 Aprile 1924 — Fasc. 17

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI BATTERIOLOGIA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretto dal prof. NICOLA PANE.

Un metodo rapido per la produzione di siero antitifico ad alto tasso di agglutinazione specifica.

Dott. ANGELO CASERTA, ex interno.

L'ordinario metodo, già adoperato dalla fine del secolo passato, per la vaccinazione dell'uomo contro il tifo, consistente nell'inoculazione sottocutanea di piccole dosi di cultura in brodo (Wright), o di culture in agar, emulsionate in acqua fisiologica (Pfeifer e Kolle), le quali vengono previamente sterilizzate a 60° per una o due ore, può dare anche nel coniglio una discreta vaccinazione con produzione di piccolo tasso di siero agglutinante, come nell'uomo. Ma, volendo ottenere in questo animale un siero a forte contenuto d'agglutinazione, bisogna scegliere la via endovenosa, ed inoculare alte dosi di culture in brodo sterilizzate a 60° per un'ora: metodo che il prof. Nicola Pane adoperò per la prima volta (*Rif. Med.* 1901). Ora, la considerevole tossicità del brodo cultura ad alta dose [cc. 10 a 15] non di rado uccide il coniglio nelle prime 24 ore; però nei conigli superstiti, si ottiene un siero fortemente agglutinante (1:50,000 ed oltre, come risulta dagli esperimenti del professor Nicola Pane).

Con quasi nessuna perdita di questi animali, si può ottenere un siero agglutinante. inoculando per via endovenosa, dosi più o meno considerevoli di colture di bacilli del tifo in agar, sterilizzate. L'agglutinazione del siero raggiunge limiti non alti, oscillando, secondo i conigli, tra 1:500 a 1:4000, salvo eccezioni.

La temperatura di sterilizzazione dei bacilli non deve oltrepassare un'ora a 60°. Infatti il dott. F. Lanzetta (*Rif. Med.* 1916) ha dimostrato, che temperature superiori a 60° indeboliscono l'antigene del bacillo del tifo, ed in conseguenza si ottiene nel coniglio un siero a basso titolo agglutinante. Ora, dato il fatto, che l'antigene del bacillo del tifo perde della sua azione vaccinante in rapporto della temperatura che si adopera per ucciderlo; l'ideale sarebbe l'inoculazione dei germi viventi. Disgraziatamente, questo metodo va incontro a forte difficoltà anche in animali da esperimenti, come il coniglio; ed il risultato non è incoraggiante agli effetti d'ottenere sieri agglutinanti.

Tentativi da me fatti con bacilli viventi non sono punto riusciti, ed ho avuto nel coniglio infezioni mortali in 20 a 30 giorni. Tuttavia, sem-

pre nell'idea fissa di adoperare antigeni di bacilli non sterilizzati a 60°, ho fatto altri tentativi. Partendo dal fatto, trovato dal prof. Pane, che i germi delle fecci, come il B. coli ed altri non sporigeni, vengono sterilizzati in tempi relativamente brevi col disseccamento a 37°-38°, salvo l'enterecocco e congeneri (*Rif. Med.* 1921), io pensai di adoperare tale processo per la sterilizzazione dei bacilli del tifo di cultura in agar per la vaccinazione di conigli, allo scopo di provocare nei medesimi forte produzione di agglutinina specifica. Ora, poichè il dott. A. Mastroianni, assistente volontario nell'Istituto, provava la resistenza al disseccamento di alcuni germi, quali il B. coli, il tifo, quello della peste, del colera e quello della dissenteria (tipo Shiga e Flexner) contemporaneamente a queste mie ricerche, mi uniformai a lui; e preparai anche io colture in agar a becco di clarino di uno stipite di bacilli del tifo, virulento pel coniglio; e queste culture sviluppate a 37° per 24 ore, emulsionai in acqua sterile, in modo che, un'emulsione di 5 cc. conteneva 5 colture anzidette in agar; e poi volta per volta ne determinai la quantità di bacilli che vi erano contenuti (1). La detta emulsione si poneva in una scatola di vetro (tipo Petri) del diametro di cm. 12×2 sterile, la quale si lasciava nell'incubatrice a 37°, ponendo tra i margini di chiusura di essa scatola, un batuffolo di ovatta sterile, per favorire l'evaporazione dell'acqua. Tale evaporazione era completa dopo 4 ore. La capsula allora si chiudeva, eliminando il batuffolo di ovatta e dopo 24 ore, trattala dall'incubatrice, si scioglieva, a mezzo di bacchetta di vetro, lo strato di germi disseccati, in acqua fisiologica di volume uguale all'acqua evaporata: cioè cc. 5. L'emulsione ottenuta, aspirata con pipetta, si poneva in provetta di vetro, chiusa con ovatta. Lavorando con cautela, e con oggetti di vetro sterilizzati si ottiene questa emulsione affatto sterile, e riesce esattissima la ricerca dei bacilli ancora vitali a mezzo di culture a piastre in agar. Così mi è stato possibile valutare ciò, con esattezza nei diversi esperimenti da me fatti; ed ho trovato che dei germi contenuti nelle anzidette emulsioni (ascendenti secondo le mie esperienze tra 5 miliardi e mezzo a 6), ne possono sopravvivere una parte infinitesimale dopo il detto disseccamento, e cioè tra 100 mila ad un milione su cinque miliardi e mezzo a sei per cc. di emulsione. Tuttavia, basta tale numero, inoculato insieme coi germi morti per via endovenosa, per determinare nel coniglio un'infezione mortale; mentre ciò non avviene spesso, se si inocula un milione di germi viventi soltanto. La spiegazione di questo fatto deve ricercarsi nell'intossicazione prodotta dalla enorme massa di germi morti, che, indebolendo la resistenza dell'organismo, rendono facile l'attecchimento dei bacilli ancora vitali. Non essendo riuscito nello scopo, per questa via, di ottenere un'immunità nel coniglio con forte produzione d'agglutinina specifica, ho tentato un altro processo, che, al contrario, è ben riuscito.

Abbinate le mie ricerche con quelle del dott. Mastroianni, che tendeva ad altri risultati per la stessa via (per quello che riguarda il tifo) proseguii con lui i miei lavori in questo modo:

Dopo di aver espletato il disseccamento nel modo anzidetto per 24 ore a 37° di masse di bacilli dei tifo da agar culture di 24 ore nell'incubatrice, emulsionai i medesimi in acqua fisiologica, in modo, che ogni cc. dell'emulsione conteneva tra bacilli morti e ancora vitali non meno di 5 miliardi.

L'emulsione anzidetta, chiusa in tubo di vetro, saldato alla lampada, si pone in acqua alla temperatura di 55°, contenuta in un dispositivo, che permette di conservare esattamente costante tale temperatura. Dopo mezz'ora, il tubo con l'emulsione si toglie dall'acqua a 55°, e l'esame culturale, ripetuto in numerose prove, ha dimostrato che tutti i bacilli del tifo, sottoposti all'anzidetto processo, vengono a perdere la loro vitalità, cioè non sono capaci di svilupparsi nei terreni nutritivi adatti. Ed anche per inoculazione endovenosa nei conigli, una massa non minore di dodici miliardi di bacilli, non produce infezione, ma solo considerevoli disturbi (abbattimento, rifiuto di cibo) che cessano completamente nelle prime 24 ore, salvo eccezioni. Dopo due giorni il coniglio si ristabilisce completamente. Per quest'ultima esperienza adoperai quattro conigli di manto

---

(1) La numerazione dei bacilli veniva fatta col metodo delle colonie: cc. 0,2 dell'emulsione da adoperare si diluiscono in cc. 9,8 di acqua fisiologica. Un cc. di questo 1° miscuglio, si mescola a cc. 9 di acqua fisiologica e così di seguito, fino ad avere 10 miscugli uguali a contenuto di batteri gradualmente discendenti da 10 a 10 volte. Poi, un cc. di ciascun miscuglio anzidetto si mescola a cc. 9 di agar fluidificato, e tenuto tale a temperatura di 45°. Si allestiscono in questo modo 10 culture a piastre in iscatole di vetro (tipo Petri) adatte e sterilizzate. Le scatole, capovolte, si pongono nell'incubatrice a 37° e dopo 24 ore, si fa la conta delle colonie sviluppate. Una colonia corrisponde ad un bacillo. È bene ricordare, che in questa manovra dei passaggi del liquido da tubo a tubo di vetro, si deve adoperare, per ogni uno, una pipetta separata e graduata di un cc., sterile. Così si evitano errori disastrosi valutabili a miliardi di colonie.

leporigno del peso tra grammi 1900 a 2100. Il peso del corpo di questi animali nei primi giorni è diminuito di gr. 200, eccezionalmente in un coniglio di gr. 300. Poi hanno riacquistato il peso perduto poco a poco ma non completamente, fino al 12° giorno dopo l'inoculazione (in uno mancavano gr. 50, negli altri 3 gr. 70, 100, 175). Al 13° giorno dopo l'inoculazione, due di questi conigli vengono svenati col taglio della carotide; e si raccoglie il sangue asetticamente in bottiglie di Erlemmayer col metodo del nostro Istituto, (il sangue si lascia coagulare su di un lato della bottiglia, e poi questa si capovolge in modo che il siero si raccoglie limpido sull'altro lato). Il siero fresco senz'altra aggiunta, si conserva in provette sterili, e poi, ne viene provata la forza agglutinante sul bacillo del tifo con l'ordinario metodo delle diluizioni graduali in provette. In entrambi i conigli la forza agglutinante del siero è stato la seguente: completa 1:10,000; quasi completa 1: 20,000.

Gli altri conigli lasciati in vita si reinoculano per via endovenosa con la stessa quantità di germi inoculati la prima volta ed allo stesso modo preparati.

Disturbi apparenti: affatto transitori; il peso del corpo dopo due giorni, identico a quello precedente a questa seconda inoculazione. Dopo 6 giorni, i conigli sono vivacissimi, ed il peso del corpo è anche aumentato (in uno gr. 30, nell'altro gr. 50) e perciò si svenano col taglio della carotide per provare la forza agglutinante del siero. Il titolo agglutinante di uno, di gr. 1850, con diminuzione di gr. 60 del peso primitivo è: completa 1:15,000; quasi completa 1:20,000; incompleta 1:30,000 e 1:40,000 nella trasparenza del liquido, ma con deposito considerevole nel fondo della provetta. Il siero di sangue dell'altro coniglio, di gr. 1930, senza diminuzione del peso rispetto a quello, che aveva prima della seconda inoculazione, mostra un titolo agglutinante un poco più elevato. Esso infatti dà un'agglutinazione: completa 1: 30 mila; quasi completa 1: 40,000. Da queste ricerche rilevo due fatti notevoli:

1. I bacilli del tifo, disseccati a 37°-38° per 24 ore, e poi per mezz'ora a 55°, si possono inoculare, per via endovenosa nel coniglio, in numero colossale (non meno di 12 miliardi) senza produrre in questi animali altro che disturbi transitori.

2. La produzione d'agglutinina specifica, che segue all'anzidetta inoculazione, è rapida e superiore a quella che si ottiene con i comuni metodi di vaccinazione con germi di agar culture, uccisi a temperatura di 60° per un'ora.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE «REGINA ELENA», DI TRIESTE
DIVISIONE UROLOGICA
Primario: prof. dott. NICOLICH.

Un caso di torsione del funicolo spermatico sinistro con necrosi del testicolo ed epididimo.

Dott. GIORGIO NICOLICH iunior.

La torsione spontanea del funicolo è una malattia piuttosto rara (in tutta la letteratura ne sono noti circa 100 casi), credo quindi opportuno descrivere il caso che ebbi occasione di osservare.

L'8 gennaio 1924 venne accolto nella Divisione Urologica M. Umberto, di 19 a., inviato da un medico per sospetto di neoplasma del testicolo sinistro. Circa 8 giorni prima egli era stato colto improvvisamente da violentissimi dolori al testicolo sinistro, che si era rapidamente tumefatto con arrossamento della cute. Detta tumefazione andò accentuandosi, mentre i dolori perduravano con alternative di remissioni ed esacerbazioni.

La temperatura si era mantenuta sempre fra i 37° e 37.5. Due attacchi dolorosi consimili, accompagnati pure da tumefazione, il paziente aveva già avuto, uno nel dicembre 1922 e uno nell'agosto 1923; il primo a quanto pare dopo un lieve trauma. Queste volte però i disturbi erano spontaneamente scomparsi col riposo a letto e con impacchi.

In precedenza non aveva sofferto alcun'altra malattia. Moderato bevitore e fumatore.

La madre era morta di tubercolosi polmonare; il padre e i fratelli erano viventi e sani.

Esame obbiettivo: Individuo di complessione gracile; pannicolo adiposo poco abbondante; muscolatura discreta; torace ristretto. Cute e mucose visibili piuttosto pallide. Temp. 38.3. Polso ritmico, piuttosto molle, frequenza 80.

Pupille rotonde, eguali, reagenti alla luce e all'accomodazione; lingua leggermente patinosa, umida.

Basi polmonari si espandono bene; suono chiaro e respiro vescicolare in tutto l'ambito. Area di Fraube libera.

Itto della punta nel V spazio intercostale, all'interno di 1 cm. dall'emiclaveare; area non ingrandita. Toni netti.

Addome trattabile, indolente. Milza e reni non palpabili, fegato in limiti normali.

Riflessi cutanei e tendinei normali.

La metà sinistra dello scroto appare tumefatta, arrossata. Con la palpazione si riscontra aderenza completa della cute al testicolo; questi è apparentemente liscio, di consistenza elastica. La pressione riesce molto dolorosa. L'epididimo non è individuabile.

La metà destra dello scroto è perfettamente normale. Non si palpano linfoghiandole agli inguini.

Non venne fatta alcuna diagnosi e si decise di praticare un'incisione esplorativa.

Al 9 gennaio emicastrazione sinistra in anestesia locale novocainica (dott. Nicolich iunior).

Incisione della cute dall'orifico inguinale sottocutaneo all'estremità dello scroto. Sotto la pelle si trova uno strato di connettivo fibroso aderentissimo ad essa. Incidendo detto tessuto si arriva sul testicolo, che si lascia facilmente isolare assieme all'epididimo. Essi sono bluastri, turgidi.

Il tessuto fibroso surriferito forma come una capsula attorno ad essi; il foglietto parietale della tunica propria è fuso con esso. Il cordone spermatico appare torto sul proprio asse longitudinale e strozzato nel punto in cui attraversa la capsula fibrosa. Un'incisione esplorativa nel testicolo lascia fuoriuscire del liquido sanguigno; il parenchima appare infarcito di sangue e necrotico; perciò se ne decide l'estirpazione. Si isola il funicolo presso la base dello scroto, si legano isolatamente e si recidono i vasi e il dotto deferente. Indi si scolla dalla cute la capsula fibrosa; ciò riesce laborioso per l'intima aderenza e con l'aiuto della forbice.

Si pone un piccolo tubo di drenaggio e si sutura la cute.

Il testicolo appare al taglio totalmente infarcito di sangue; la struttura del parenchima è però ancora distinguibile. L'epididimo è invece del tutto rammollito.

All'esame istologico si constata necrobiosi degli epiteli con infiltrazione emorragica diffusa.

Al 18 gennaio il paziente esce guarito.

La torsione spontanea del cordone spermatico, che ha come conseguenza l'arresto dapprima della circolazione venosa e poi di quella arteriosa è, come si è detto, una malattia piuttosto rara.

Quali cause predisponenti si ammettono: assenza o abnorme lunghezza del mesorchium fetale; abnorme brevità degli elementi del funicolo, abnorme mobilità del testicolo, divisione degli elementi del funicolo, con inserzione lontana; inversione orizzontale del testicolo e specialmente, secondo Payre, la disposizione plessiforme delle vene, per cui ogni ostacolo al deflusso sanguigno, che le mettesse in tensione, ne favorirebbe la rotazione. Cause occasionali possono essere traumi, sforzi, compressioni da cinto erniario, colpi di tosse. È più frequente nei testicoli ectopici.

La sintomatologia è press'a poco quella del nostro caso: dolori violenti, improvvisi; vomito; tumefazione del testicolo ed epididimo con arrossamento ed edema della cute e talora aderenza di questa al testicolo; senso di fluttuazione. In seguito, se non si interviene, si ha attenuazione dei fenomeni ed organizzazione del tessuto necrotico; oppure, con l'aggravarsi dei sintomi, si ha gangrena putrida, quando subentri infezione. Qualche volta si ha detorsione spontanea, come presumibilmente avvenne nei due primi attacchi del nostro paziente.

Anatomicamente si riscontrano testicolo ed epididimo turgidi, rosso bluastri. Vi è versamento nella tunica vaginale ed edema dello scroto. Istologicamente si constata necrobiosi degli epiteli ed infarcimento emorragico.

Nel nostro caso la capsula connettivale, che avvolgeva testicolo ed epididimo, era probabilmente dovuta a proliferazione reattiva dopo i due primi attacchi.

La diagnosi è difficile potendosi confondere il processo con tutte le infiammazioni acute del testicolo, epididimo e della vaginale; nel caso di testicolo ectopico è facile confonderlo con uno strozzamento erniario.

Il testicolo può venir salvato solo con un intervento precocissimo, fatto entro 48 ore dall'inizio dell'attacco, e cioè con la detorsione (di solito operatoria). Più tardi le alterazioni sono già più sviluppate e non resta che l'estirpazione.

PUBBLICAZIONI CONSULTATE.

BREDA. *Malattie dell'apparato sessuale maschile.* Vol. V, P. II del Trattato italiano di chirurgia, Milano.

CAGNETTO. *Apparato genitale maschile.* Vol. I, fasc. XI del FOÀ: Trattato di anatomia patologica, Torino 1923.

KEYES, EDWARD, LLYDE, ecc. *Torsion of the spermatic cord.* Journal of Urolog., vol. IX, numero 6.

KÖNIG. *Traité de pathologie chirurgicale spéciale.* Vol. II, Paris 1889.

WINIWARTER. *Die Erkrankungen des Penis, des Hodens und der Hüllen des Hodens.* In FRISCH e ZUCKERKADL, Handbuch der Urologie, vol. III, Wien 1906.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
diretto dal prof. sen. E. MARAGLIANO.

Un apparecchio semplice e pratico (Poliaspiratore) per interventi sulle cavità sierose

(toracentesi, pneumotorace di sostituzione, lavaggio della pleura, ecc.)

per il dott. ATTILIO DE MARTINI, assistente.

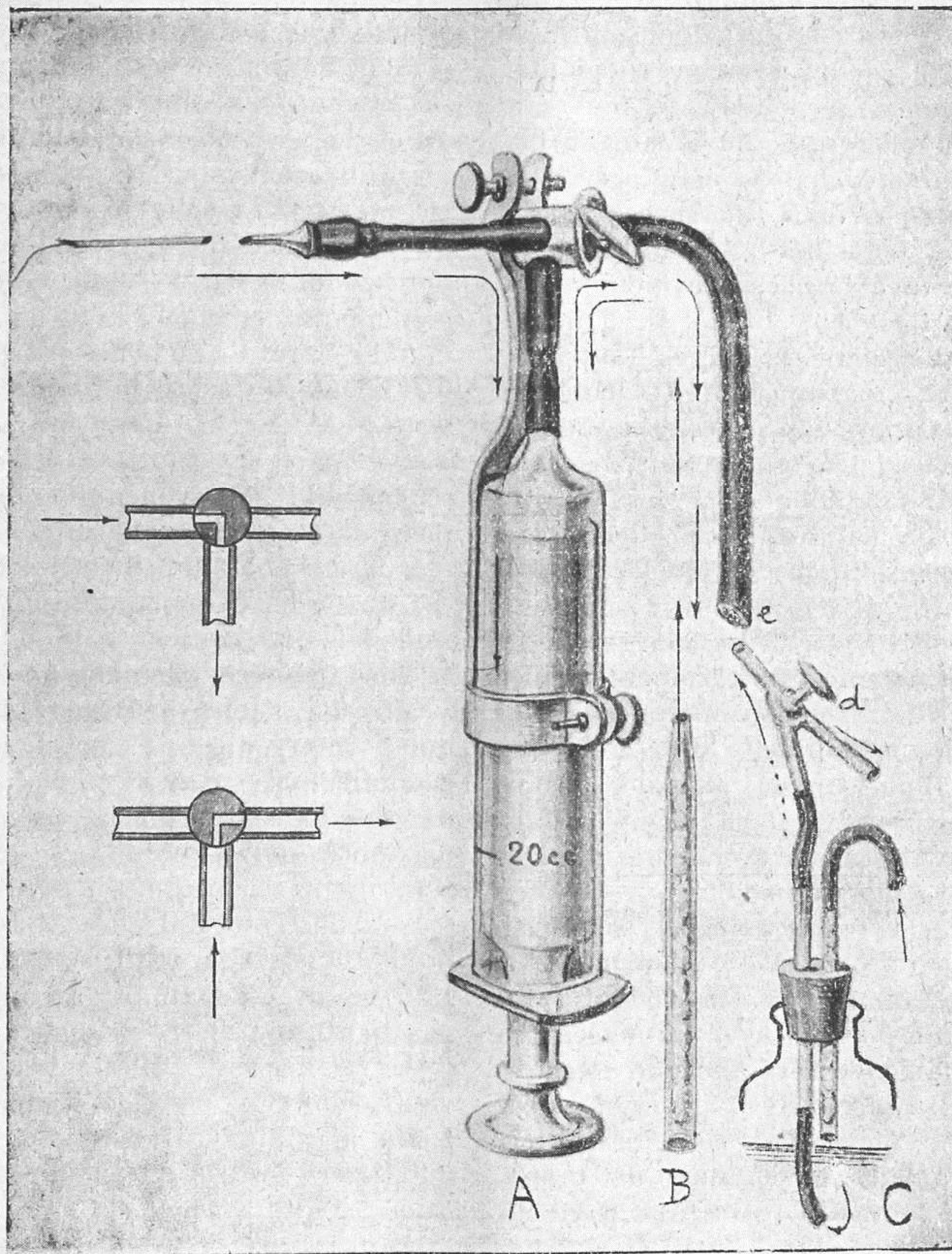
La esperienza ha dimostrato da lungo tempo gli inconvenienti cui possono dar luogo nello svuotamento delle raccolte pleuriche gli apparecchi di aspirazione, specialmente quello classico del Potain.

E la prima idea di sostituire il liquido estratto con del gas ebbe appunto la mira di non apportare modificazioni brutali alla pressione intra pleurica ed alla statica degli organi endotoracici onde evitare il dolore, la tosse insistente, la congestione edematosa.

Per effettuare una tale sostituzione vi sono già nella pratica svariati procedimenti.

Un metodo usato fra i primi e che qualcuno usa tuttora, è quello che si vale di due apparecchi indipendenti di aspirazione e di insufflazione (p. es., il Potain ed il Forlanini), uno confitto in basso per lo svuotamento, l'altro in alto per il rifornimento del gas.

Questa tecnica offre un vantaggio ed un inconveniente: l'inconveniente di richiedere una doppia puntura e quindi di riuscire molesta all'ammalato; il vantaggio, che l'entrata del gas può essere contemporanea all'uscita del liquido. Ma poichè la forza compressiva del gas è superiore a quella del liquido — la pressione di questo si esercita per la massima parte nel senso della gravità, sul diaframma — e poichè d'altra parte il gas passando dalla



temperatura ambiente a quella corporea si dilata, e quindi acquista maggior forza di espansione di un eguale volume di liquido, ne viene in pratica ad essere assai ridotto il vantaggio che sarebbe stato teoricamente prevedibile.

Infatti a questo modo di procedere sono state portate delle modificazioni: qualcuno innesta i due apparecchi allo stesso ago con un tubetto ad y; altri (Dumarest) adopera coi due apparecchi uno speciale rubinetto a quattro vie; altri (Kuss e Duballen) li adatta all'ago pneumotoracico di Kuss.

Nella clinica di Forlanini, il Morelli che ha col suo Maestro anche ampliato il concetto ed il campo di queste applicazioni (oltre ad evitare i fenomeni della decompressione polmonare, comprimere il polmone e prevenire la formazione di aderenze), ha ideato un suo apparecchio originale che permette, col giuoco di una grossa siringa, di raccogliere il liquido pleurico in una bottiglia e di rimpiazzarlo con l'aria lavata in essa contenuta.

Tutti questi apparecchi, hanno però in comune l'inconveniente di essere voluminosi e quindi di trasporto ingombrante, di richiedere del tempo per l'apprestamento e la disinfezione, e di essere inoltre anche assai costosi.

Per questo noi crediamo che, specialmente dal punto di vista del medico pratico e per qualche applicazione anche da quello clinico, possa tornare utile la descrizione di un semplicissimo dispositivo che ci ha già reso utili servizi e che noi usiamo ormai correntemente.

La parte centrale di questo apparecchio (*A*) consta di un piccolo rubinetto di vetro a tre vie che è in rapporto: nel mezzo con una usuale siringa da 20 cc. (preferibilmente a stantuffo pieno per vincere più facilmente l'attrito della viscosità), a sinistra coll'ago e a destra col tubetto di scarico (*e*). Il tappo del rubinetto forato ad angolo retto permette di aspirare il liquido della pleura e di scaricarlo poi spingendo lo stantuffo, dopo di aver fatto eseguire al tappo un quarto di giro secondo la direzione segnata sul braccio di manovra. L'estrazione del liquido viene così compiuta alternando successivamente la posizione del tappo. Il raccordo del rubinetto coll'ago e colla siringa si effettua con dei rubinetti di gomma, elastica ma un po' resistente (gomma da fonendoscopio) di misura la più corta possibile, in modo da rendere scarsi gli effetti dell'attrito. I pezzi sono uniti in sistema rigido da un apposito supporto metallico.

Un raccordo diretto della siringa con un rubinetto di metallo, sul tipo di quello di Dieulafoy, per le frequenti variazioni di calibro e le irregolarità di superficie del becco fra siringa e siringa, non darebbe garanzia di buona tenuta, come d'altra parte una armatura unica toglierebbe all'apparecchio quei caratteri di praticità che permettono di servirsi delle singole parti per i più svariati usi.

Una siringa di capacità superiore ai 20 cc. non verrebbe ad accrescere di gran che la velocità dello svuotamento che è essenzialmente in rapporto al calibro dell'ago, mentre una più piccola vedrebbe frustrata la maggior parte della sua forza aspirativa dal tratto di apparecchio interposto tra la siringa stessa e la pleura.

La disinfezione dell'apparecchio può essere eseguita o con una buona lavatura all'alcool o all'acido fenico — come noi facciamo abitualmente, — o colla bollitura.

Per la sostituzione del liquido estratto con aria filtrata basta innestare sul tubo di scarico (*e*) tenuto sollevato, un semplice tubetto di vetro con zaffo di cotone sterile (*B*). Salvo indicazioni speciali è sufficiente in pratica immettere tre siringhe di aria per ogni 10 di liquido estratto. La manovra si eseguisce, naturalmente, in senso inverso a quella di estrazione.

In caso di intasamento dell'ago si può procedere allo sbloccamento spingendo verso la pleura una piccola quantità di aria filtrata o meglio di una qualche soluzione sterile.

Tutte le parti finora descritte possono essere comodamente contenute in un comune astuccio metallico per siringhe da 20 cc.

Oltrechè sulla pleura, si può alla stessa guisa intervenire (a scopo esplorativo o di svuotamento) su altre cavità sierose (pericardio, peritoneo (peritonite saccata degli adulti, peritonite dei bambini)).

In una pericardite essudativa colesterinica (caso illustrato dal prof. Barlocco) abbiamo potuto una volta togliere con un ago sottile 1350 cc. di essudato e sostituirlo con 400 di gas in 20 minuti.

Per le meningi (iniezioni di siero, pneumoventricolo) non potendo la manovra dar molestia al malato, il raccordo dell'apparecchio può essere fatto direttamente sul trequarti infitto.

Per eseguire col nostro apparecchio il cosidetto lavaggio della pleura (o del rachide), è sufficiente adattare al tubo di scarico (*e*) un rubinetto a tre vie (*d*), od un tubetto ad y, che da una parte diriga il liquido di efflusso, dall'altra apporti quello di lavaggio (*c*), valendosi allo scopo o della aspirazione dello stantuffo o dell'ausilio di una piccola pera di pressione.

NOTE E CONTRIBUTI.

Azione dell'altitudine sulla formula dell'Arneth nella tubercolosi polmonare.

Dottori TH. e J. STEPHANI, Montana (Svizzera).

Da molto tempo già è noto il gran vantaggio che vi è nella cura della tisi alla montagna, specialmente nel clima alpino. Le ragioni ne sono molteplici. Citiamo passando la siccità dell'aria, e la sua purezza, la luce sempre più intensa in alta montagna che non in pianura, ecc. Ma è ancor meno per le ragioni teoriche che non per l'esperienza che è stato provato che i tubercolotici guarivano meglio e con maggior rapidità all'altitudine.

Infatti la prima cosa che noi osserviamo sui nostri ammalati è un aumento di resistenza, un miglioramento notabile dello stato generale. Ciò si realizza con un aumento di peso, una temperatura che torna alla normale, o almeno diventa più regolare, un colorito roseo, minor stanchezza, e alfine e più specialmente per *l'aspetto dell'ammalato* che è cambiato in poco tempo; e si può dire che le migliorie dello stato generale sia una cosa non *misurabile*, ma principalmente *visibile*. Con tutto ciò esiste una maniera, direi quasi, indiretta, per poterla misurare: questa è basata sulle variazioni della formula sanguigna dell'Arneth.

In seguito ai nostri lavori fatti sui leucociti neutrofili in generale, e sulle deviazioni della formula d'Arneth in particolare, ci siamo resi conto che molto spesso gli ammalati arrivatici con una formula assai sviata, la correggono rapidamente nel corrente dei primi mesi che seguono il loro arrivo all'altitudine.

Per dare una prova di ciò che abbiamo detto, riassumeremo sommariamente le osservazioni di dieci dei nostri ammalati, osservazioni particolarmente tipiche da questo punto di vista.

OSSERVAZIONE I. — Signor M. 34 anni. Tubercolosi polmonare fibrocaseosa bilaterale estensiva. Caso assai grave al principio della cura. Febbre media a 38 con 39 al massimo. Formula d'Arneth all'arrivo:

Marzo . . 50 - 39 - 9 - 2 - 0 = 163
Aprile . 35 - 42 - 20 - 3 - 0 = 191

OSSERVARZIONE II. — Signor O. 22 anni. Tubercolosi polmonare bilaterale sotto forma di infiltrazione fibrosa. Senza temperatura, ma cattivo stato generale. Progresso rapido all'altitudine. Formula d'Arneth all'arrivo:

27 marzo . . 52 - 33 - 14 - 1 - 0 = 164.
Maggio . . 46 - 38 - 14 - 2 - 0 = 172.
Giugno . . . 27 - 52 - 20 - 1 - 0 = 195.

OSSERVAZIONE III. — Signor S. 37 anni. Tubercolosi fibrocaseosa bilaterale con una antica caverna al polmone destro. Congestione pure al lato destro. Sommità in attività. Emottisie. Apiressia. Abbastanza buono stato generale. Formula d'Arneth:

Arrivo il 6 Aprile . 38 - 50 - 12 - 0 - 0 = 174.
Maggio. 16 - 48 - 32 - 4 - 0 = 224.

OSSERVAZIONE IV. — Signor R. 41 anni. Tubercolosi fibrocaseosa estensiva diffusa alle due sommità con predominanza al lato destro. Laringite in evoluzione. Formula d'Arneth:

Arrivo il 16 Marzo. 42,5 - 42,5 - 13 - 2 - 0 = 174,5.
Aprile. 20 - 44 - 30 - 6 - 0 = 222.

OSSERVAZIONE V. — Signor P. 27 anni. Tubercolosi fibrocaseosa estensiva con buono stato generale. Formula d'Arneth:

Arrivo il 2 Maggio. 27 - 39 - 29 - 5 - 0 = 212.
Giugno. 12 - 44 - 34 - 10 - 0 = 242.

OSSERVAZIONE VI. — Signora H. 31 anni. Tubercolosi fibrocaseosa estensiva comune, manifestantesi con caseificazione bilaterale, alta temperatura. Cattivissimo stato generale.

Arrivo in aprile . 72 - 22 - 5 - 1 - 0 = 135.
Maggio . 41 - 47 - 12 - 0 - 0 = 171.

OSSERVAZIONE VII. — Signora V. 20 anni. Tubercolosi fibrocaseosa estensiva comune con caseificazione marcata alla sommità sinistra.

Arrivo in Marzo . 55 - 36 - 9 - 0 - 0 = 154.
Aprile . 40 - 43 - 13 - 4 - 0 = 181.

OSSERVAZIONE VIII. — Signor N. 33 anni. Infiltrazione fibrosa del polmone destro. Buono stato generale. Apiretico.

Arrivo in Marzo . 17 - 43 - 30 - 6 - 4 = 237.
Aprile . 16 - 36 - 32 - 16 - 0 = 248.

OSSERVAZIONE IX. — Signora T. 37 anni. Tubercolosi fibrocaseosa estensiva comune con caverna alla sommità sinistra e infiltrazione dei due terzi superiori del polmone destro. Cattivissimo stato generale. Si ameliora assai rapidamente, e aumenta più di dieci chili in tre mesi.

Arrivo in Giugno . 76 - 24 - 0 - 0 - 0 = 124.
Luglio . 67 - 19 - 12 - 2 - 0 = 149.

Questa malata è in seguito completamente guarita, almeno apparentemente.

OSSERVAZIONE X. — Signor C. 28 anni. Infiltrazione dei due terzi del polmone destro con segni di caseificazione sotto la clavicola. Stato generale cattivissimo. Nel vederlo l'ammalato dava la peggiore impressione possibile. Febbre a 38 e 38.5.

Arrivo in Luglio . . 60 - 35 - 5 - 0 - 0 = 145.
Settembre. 27 - 49 - 21 - 3 - 0 = 200.

E visibile dunque, per mezzo di queste dieci osservazioni scelte a caso fra un gran numero di esse, che dopo uno a tre mesi di soggiorno all'altitudine la formula si rialza rispettivamente della quantità seguente: 28 - 31 - 50 - 47,5 - 30 - 36 - 27 - 11 - 25 - 55 ciò che dà una media di 34 sui dieci casi.

Passando ricordiamo al lettore, prima di continuare e affinchè egli possa avere un punto di comparazione, che la formula normale è la seguente:

	I	II	III	IV	V	indice
Uomo	8,0	38,4	40,2	12,4	1,0 =	260
Donna	12,5	44,85	33,55	8,35	0,75 =	240

La cifra terminale o indice nucleare (240 a 260) è ottenuta moltiplicando ogni classe per il

suo numero di ordine, e facendo la somma dei prodotti così ottenuti. Non ci è possibile estendersi su questi punti tecnici, e noi ce ne scusiamo; ai lettori che ciò può interessare consigliamo di consultare le pubblicazioni che abbiamo fatte sul detto soggetto nei giornali medicali di lingua francese e che sono citati alla fine di questo articolo.

Nelle nostre pubblicazioni precedenti sulle deviazioni della formula d'Arneth nella tubercolosi polmonare, abbiamo dimostrato che la deviazione è rigorosamente parallela alla maniera con la quale l'ammalato si difende contro la malattia. Se per esempio prendiamo due malati, l'uno avente una tubercolosi polmonare avanzata, con una formula d'Arneth poco deviata (200) e un altro avente solo una infiltrazione secca principiante ma una formula molto sviata (166), diremo che il secondo caso si difende meno bene del primo, malgrado la minore gravità locale. Come è noto, la resistenza individuale per i tubercolotici è cosa assai importante, e non verrebbe in mente a nessun medico di giudicare della gravità d'un caso basandosi puramente sull'ascoltazione. Così, come abbiamo già detto, la deviazione della formula d'Arneth ci dimostra la maggiore o minore resistenza del paziente.

Ed è perciò assai interessante di notare che sola la cura di altitudine, senza alcun altro trattamento, può far guadagnare in poco tempo una trentina di punti alla formula.

BIBLIOGRAFIA.

1. ARLOING et BRISSAUD. *Interprétation clinique de la figure neutrophile sanguigne d'Arneth dans la tuberculose pulmonaire. Sa signification pronostique.* Société d'études scientifiques sur la tuberculose, Avril 1913.
2. ARNETH (Münster). *Die neutrophilen Leucocyten und ihr Blutbild, sowie dessen Bedeutung für die Physiologie und Pathologie des Blutes.* Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten u. z. Immünitätsforschung. I Band. 1. Heft. 1912.
3. AXEL von BONSDORFF. *Untersuchungen ueber die Arnethsche Methode der Bestimmung des neutrophilen Blutbilde und das neutrophile Blutbild bei Gesunden.* Beiträge zur Klinik der Tuberculose und spezifischen Tuberkuloseforschung. V. Supplementband 1912.
4. E. BRISSAUD. *Etude sur la figure neutrophile sanguine d'Arneth dans la tuberculose pulmonaire.* Thèse. Maloine. Lyon 1912.
5. TH. et J. STEPHANI (Montana). *Variations qualitatives des leucocytes neutrophiles dans la tuberculose pulmonaire.* Schweizerische Medizinische Wochenschrift 21 februar 1924.
6. TH. et J. STEPHANI (Montana). *Les variations de la formule d'Arneth dans la tuberculose pulmonaire et leur valeur pronostique* Revue de la Tuberculose, mars 1924.

COMMENTI.

L'ereditarietà nelle malattie cardio-vascolari

per il prof. GIOVANNI GALLI (Lecco).

Sotto questo titolo il prof. Luigi Ferrannini pubblica un articolo nella Sez. Pratica del « Policlinico », del 24 marzo, il quale merita una risposta, perchè dà motivo di ritornare su una questione, assai importante e di interesse generale: *la profilassi e la cura razionale delle malattie della circolazione.* La questione invece di priorità, che è il perno dell'articolo del Ferrannini, è una ben piccola cosa, anzi non esiste neppure, come più sotto vedremo.

Il Ferrannini afferma che nella mia prima pubblicazione del 1906, io accenno « appena fugacissimamente » ai suoi lavori sull'argomento, e si lagna che nell'ultima pubblicazione, del 1920, il Galli « non ricorda che i lavori suoi personali, e tratta della cosa come se nessun altro mai se ne fosse occupato, tanto che, come di cosa di sua prima osservazione, dice di aver esposto le sue vedute ai cardiologi più noti e di averne ottenuto largo consenso, specialmente in Francia ed in Inghilterra ». In queste righe il Ferrannini confonde due fatti, ben distinti, e cioè lo studio dell'ereditarietà colla profilassi delle cardiopatie; di quest'ultima io ho vedute mie particolari e personali, come più sotto esporrò colla citazione di un brano, e sono precisamente queste mie vedute, personali, che io ho esposto ai colleghi francesi ed inglesi dopo averne parlato in lavori e conferenze in italiano.

Nel suo articolo, scritto evidentemente in un momento di malumore e di ingiustificato risentimento personale, il Ferrannini, dopo avere riportato un mio biglietto di cortesia (come tanti se ne scrivono, quando si ricevono pubblicazioni in omaggio) continua nell'attacco, in maniera veramente singolare, e che dimostra quanto può essere grande la suscettibilità di un autore, del quale, senza alcuna intenzione, non si cita un lavoro. Egli scrive difatti: « Il collega Galli dunque aveva perfettamente dimenticato non solo i lavori miei che — per averli citati — aveva indubbiamente conosciuti nel 1906, ma anche il lavoro suo di quell'epoca! E come non compatirlo allora per così sfortunata amnesia! ».

L'ottimo Ferrannini chiude il suo articolo con un panegirico sulla necessità e utilità di una « esatta e completa bibliografia », e dopo questa bella predica egli stesso, citando i miei lavori, stronca un titolo e ne ommette un altro, come esporrò più avanti.

Nelle mie pubblicazioni che portano il modesto titolo di: « *Contributo* » e di « *Beitrag* », sono stato tutt'altro che parco nel fare la storia dell'argomento e non ho mai parlato di questo, come di « cosa di mia prima osservazione ». E per dimostrare ciò serve più di altro il seguente brano, tolto dal mio primo lavoro: *Contributo alla questione dell'aortismo ereditario*, dal quale brano risulta anche che io ho citato Ferrannini, e Rummo e Ferrannini, non « appena fugacissimamente », ma come gli altri autori internazionali, che dell'argomento si erano occupati. Qui sotto metto di fronte le due storie bibliografiche dell'argomento: la mia del 1906 e quella di Ferrannini del 1924.

Ecco esattamente i due testi:

di Galli del 1906.

....Già Lancisi ed Albertini parlarono di famiglie, nelle quali, per diverse generazioni di seguito, fu possibile constatare il ripetersi degli stessi fenomeni patologici a carico della circolazione sanguigna. Baccelli dà importanza al fattore ereditario, specialmente nell'insorgenza degli aneurismi. Friedberg menziona 3 bambini, sofferenti di morbo bleu, figli dello stesso genitore e di cui 2 provenivano dal primo matrimonio, e l'altro dal secondo matrimonio. Leuch parla di una madre con un vizio mitralico, che partorì un figlio con vizio congenito, Strehler su cinque figli, sofferenti di cianosi e partoriti da una donna rachitica; il padre di essi morto poi di tisi, ebbe da un'altra donna una bambina di costituzione normale. Schmaltz narra di un bambino cardiopaziente, il cui padre e la cui nonna avevano un vizio di cuore. Potocki comunica il caso di una donna di 29 anni con stenosi polmonare e difetto nel sepimento interauriculare, figlia di una donna con vizio congenito del cuore. Cochez fa la storia di 2 famiglie: nella prima la madre e il bambino erano affetti da stenosi mitralica pura, nella seconda la madre e suoi 4 figli presentavano lo stesso vizio. Resek vide 8 casi di malattie di cuore in 4 generazioni di una famiglia, e di questi 2 avevano vizi congeniti; *Rummo e Ferrannini descrissero 2 famiglie con base cardio-ereditario; di queste nella prima, vi erano 5 figli ed un nipotino con 5 cardiopatici, di cui 3 con stenosi mitralica. La seconda famiglia cardio-ereditario racchiude 3 generazioni con 10 individui, di cui 6 cardiopazienti.*

Ferrannini porta poi la storia di altre sei famiglie cardiopatiche.

G. Arnone descrive due altre famiglie consimili.

Edgren descrive anche casi in cui cardiopatie e arteriosclerosi sono frequenti nei membri di una stessa famiglia.

di Ferrannini del 1924.

....Lasciamo da parte gli accenni più o meno vaghi — che si trovano nelle opere di Lancisi, Albertini, Baccelli, Schott, Huchard, Eichhorst — relativi al ripetersi di disturbi della circolazione per diverse generazioni in una stessa famiglia, ed anche i casi — riferiti da Morgagni, Lancisi, Senac, Franck, Albertini, Kreysig, Testa, Servin, Friedberg, Suilet, Strehler, Potocki, Cochez, De la Camp — che riguardano lesioni del cuore destro quasi sempre congenite, eppure quelli che possono riferirsi all'aortismo ereditario di Huchard (Edgren, Galli), il quale altro non è che una diminuita resistenza vasale, ossia una predisposizione ereditaria all'arteriosclerosi precoce.

Ma Schmaltz (1888) riferisce già di un bambino cardiopatico, di cui il padre e la nonna avevano avuto un vizio cardiaco; Cochez (1888) narra di 2 famiglie; nella prima delle quali madre e figlio erano affetti da stenosi mitralica pura e nell'altra la madre e i suoi quattro figli presentavano lo stesso vizio; Rezek descrive otto casi di malattie di cuore — di cui due congeniti — in quattro generazioni di una stessa famiglia.

Sui primi del 1900 Rummo ed io riferimmo per i primi sulla stenosi mitralica ereditaria e famigliare in base alla storia di due famiglie di cardiopatici e pochi mesi dopo seguì un'ampio studio mio sulle cardiopatie ereditarie e congenite, in cui la questione è trattata in tutti i suoi particolari e sono riportati l'albero genealogico e la storia di sei famiglie di cardiopatici da me singolarmente studiati, cui l'anno seguente aggiunsi i dati di un'altra famiglia ancora più impressionanti.

Arnone riferì di altre due famiglie con tara cardiopatica.

Da questi due brani, che sembrano ricalcati l'uno su l'altro, il lettore vede chiaramente come lo studio della ereditarietà cardiaca è abbastanza remoto nella storia, per cui appare ben difficile, se non impossibile, stabilire chi per il primo se ne è occupato, se Lancisi, o Morgagni, o Albertini, o altri che vissero assai prima di Ferrannini. Una questione di priorità è quindi perfettamente oziosa su questo punto.

È interessante poi il fatto che Ferrannini, dopo avere predicato così bene nel suo articolo, in tema di bibliografia, che vuole « esatta e completa », citando le mie pubblicazioni è appunto incompleto, e precisamente in un punto sostanziale. Egli non dà il titolo di un mio lavoro, che egli indica soltanto come comparso nella « Rivista Ospedaliera » del 1916, e che porta il titolo: *Intorno alla profilassi delle malattie ereditarie di cuore e dei vasi.* Di un secondo lavoro egli stronca la seconda metà e la più importante del titolo, che nella sua completezza è il seguente: *L'ereditarietà nelle malattie della circolazione, specialmente dal punto di vista militare.*

Qui sta il nodo vitale della questione e di interesse generale, e se io fui, come scrive il

Ferrannini nel suo articolo, « ostinatamente » assertore di qualche cosa, non fu nell'affermare « la ritrosia dei medici ad ammettere generalmente l'ereditarietà nelle malattie della circolazione », parole che io non ho mai scritto, ma nell'affermare la possibilità e la necessità di uno studio sistematico e di una profilassi delle malattie della circolazione, la cui frequenza segnava, già nel 1906, un continuo e impressionante aumento (1).

Se si dovesse fare una questione di priorità, di una vera priorità, ci dovremmo domandare: Chi ha intravisto tra i primi, e chi ha ostinatamente scritto sulla possibilità e necessità di una profilassi e di uno studio organico delle malattie della circolazione? Ed è precisamente su questi punti, che io insisto anche nella mia pubblicazione, bibliograficamente incriminata dal Ferrannini. In questo lavoro io cito intanto qualche autore, ed anche le belle ricerche di Borgherini sulle cardiopatie negli animali, ma lo scopo precipuo del lavoro è indicato dal titolo, stroncato dal Ferrannini; lo scopo era essenzialmente militare. Il lavoro usciva dal centro cardiologico che io allora dirigevo, nel Celio di Roma, ed aveva lo scopo di scuotere la medicina militare dal suo torpore in materia di cardiologia, incitandola a contribuire, con uno studio sistematico del suo materiale, al progresso di questa branca della medicina. La parte più importante delle mie vedute su tale argomento risulta dal seguente brano, che ha tuttora grande attualità, e che merita perciò di essere riprodotto: ....« Noi possediamo multipli ed ingegnosi mezzi di esame, anche per la fissazione duratura sulla carta dei sintomi cardiaci. Questi documenti preziosi possono essere consultati e paragonati con quelli delle fasi ulteriori della malattia. Se fosse possibile, come lo è, esaminare sistematicamente ogni anno un certo numero di militari cardiaci, e periodicamente, secondo il bisogno, e per più anni di seguito rivederli, fare il confronto coi dati precedenti e studiarne la figliolanza, si otterrebbe una messe tale di dati scrupolosi, da permettere deduzioni etiologiche, patogenetiche, diagnostiche, così precise e fondate, quale sarebbe follia sperare coll'attuale sistema. La patologia cardiaca farebbe nel volger di pochi decenni, per merito della Sanità militare, un progresso enorme.

Anche la questione dell'ereditarietà verrebbe così affrontata radicalmente e potrebbe la Sanità militare offrire all'igienista e al legislatore una messe di dati positivi, così solida, da costituirvi sopra provvedimenti profilattici, destinati al successo.

Io ho esposto le mie vedute ai cardiologi più noti ed ho tenuto largo consenso, specialmente in Francia ed in Inghilterra ».

È questo, come ripeto, un lavoro di propaganda militare, per uno studio organico delle cardiopatie nell'Esercito, e sarebbe stato un fuor di posto ingombrarlo di citazioni bibliografiche.

Io ritengo tuttora che le mie vedute su questo punto, frutto dell'esperienza personale nell'Esercito, siano del tutto originali, e mi auguro, e faccio voti ardenti, che la Sanità militare italiana abbia il sentimento, la volontà e la capacità di effettuarle, sia per il suo innalzamento scientifico e per il suo decoro, sia per l'interesse del patrimonio umano, che ogni anno le viene affidato.

Rebus sic stantibus, mi sembra eccessivo che il Ferrannini, perchè non ho scritto un doppione di letteratura, e perchè non ho ricitato lui, affermi che ciò è « un malefatto scientifico in quanto fa artificialmente (?!) il buio (*sic*) là dove vorrebbe portare un po' di luce ».

Da 4-5 anni si è iniziato in America un grande movimento sociale per la profilassi delle malattie della circolazione ed è in questo campo, non nelle quisquilie bibliografiche, che il Ferrannini, valente e appassionato cultore di medicina sociale, può trovarmi consenziente, fedele e ostinato collaboratore.

Sono poi contento che il fatto personale del Ferrannini abbia offerto la possibilità di richiamare, per mezzo di un organo così diffuso come è il « Policlinico », ancora una volta l'attenzione dei medici sulla ereditarietà cardiaca e sulla profilassi delle malattie della circolazione.

(1) Anche nei giornali non medici io mi sono occupato della profilassi e della necessità di uno studio sistematico delle malattie della circolazione, per esempio:
— Necessità di uno studio specializzato ed organico delle malattie del cuore. « Nuova Antologia », 1917, 16 luglio.
— Malattie di cuore in tempo di pace e di guerra. « Il Tempo », 11 aprile, 1918.
— Il cuore e la profilassi sociale. « Il Giornale d'Italia », 21 dicembre, 1919.
— Sunt lacrimae rerum (La morte improvvisa) « Il Popolo d'Italia », 8 marzo 1923.

IGIENE.

Tubercolosi aperte e chiuse.

Questione non ancora definitivamente risoluta e di grande importanza soprattutto per la collettività, in quanto che l'individuo con forme aperte ha le maggiori probabilità di infettare l'ambiente che lo circonda. La questione ha anche interesse dottrinale poichè si riallaccia a quella della evoluzione del tubercolo, che anche nel polmone si ritiene schematicamente costituita dai diversi periodi della conglomerazione, del rammollimento e della escavazione in cui si ha l'irruzione dei tubercoli rammolliti nei bronchi. In realtà sembra però dalle odierne ricerche che, fra l'alveolite circoscritta o diffusa, che è la prima lesione della tubercolosi polmonare, e la caverna grande o piccola che si apre nei bronchi, non vi sia possibilità di uno stadio intermedio di caseificazione, che corrisponderebbe alla tubercolosi chiusa. E ciò si comprende, in quanto che le pareti alveolari ed i tramezzi interlobulari sono tanto sottili che il processo non può rimanere limitato in essi, senza mandare germogli bacilliferi nello spazio alveolare. I dati anatomici confermano del resto questo modo di vedere.

È quindi da domandarsi se si possa ancora mantenere la distinzione fra tubercolosi aperta e chiusa, tanto più che essa è tutt'altro che delimitata ed è mancante di un criterio univoco, per cui si possa decisamente giudicare nel caso singolo di quale forma si tratti. Non soccorrono di fatto le reazioni immunitarie, ben raramente i reperti radiologici e non sempre i segni obbiettivi. Unico criterio di certezza è il reperto positivo dei bacilli nello sputo, che è anche in fondo l'unico segno di certezza per affermare l'esistenza di una tubercolosi polmonare. Indubbiamente la diagnosi non riposa tutta sul bacillo, ma è certo che, in assenza di esso, i criterî clinici — salvo i casi conclamati — variano secondo i tempi e gli autori. Per Grancher e per altri, una respirazione anormale, una ineguaglianza respiratoria degli apici era sufficiente per portare la diagnosi di tubercolosi. Invero i nostri concetti sono andati modificandosi su questo punto, tanto più che si è veduto che tali fenomeni possono essere provocati da altri processi, come, p. es., da stenosi delle vie respiratorie superiori.

La ricerca del bacillo quindi si impone, specialmente nei casi in cui i sintomi clinici lasciano adito a dubbî. È un fatto che quando essa viene fatta sistematicamente, ripetutamente e con una buona tecnica, si vede che il numero delle tubercolosi chiuse si riduce di molto. La percentuale di bacilliferi rispetto agli individui sospetti di tubercolosi è varia secondo i diversi autori. Le statistiche dei sanatorî ci danno il 54,4 % (Burnand a Leysin), il 52 % fra le donne ed il 63 % fra gli uomini (Guénard a Bligny), il 65 % (Dumarest a Hauteville), il 67 % (Trudeau a Saranak Lake). Cifre molto più basse dal 26 al 45 %, sono invece date dai dispensarî, ciò che può attribuirsi al fatto che nei dispensarî mancano molti dei mezzi diagnostici di cui possono invece largamente fruire certi sanatorî; ma non vi deve essere estraneo la costituzione diversa della clientela nelle due istituzioni, clientela che è rappresentata per il dispensario in gran parte di sospetti, per il sanatorio di tubercolosi più o meno confermati. Ad ogni modo, che con una buona tecnica e con l'uso di tutti i sussidî si possa aumentare la percentuale dei bacilliferi, lo dimostrano le ricerche di Bräuning (1) il quale, provocando l'espettorazione mediante il joduro di potassio, ha potuto trovare bacilli nel 16 % di individui, già dichiarati non bacilliferi, e quelle di Wankel (2) che, mediante l'inoculazione in cavie, ha ottenuto 35 reperti positivi su 100 che erano negativi al solo esame microscopico. L'uso di ogni possibile mezzo diagnostico e di una buona tecnica per l'esame batterioscopico, fra cui non vanno trascurate l'omogeneinizzazione, rispettivamente l'autolisi degli sputi ed una grande pazienza nell'osservazione microscopica, potranno ridurre grandemente il numero dei non bacilliferi, specialmente se le ricerche vengono ripetute, poichè l'eliminazione dei bacilli può essere saltuaria.

Rimane però sempre un certo numero di individui, sospetti di tubercolosi, ma non bacilliferi, che dovrebbero classificarsi come tubercolosi chiusa. Ora proprio in questi casi, si impone un esame il più completo possibile del malato, perchè il sospetto di tubercolosi può condurre su una falsa strada. Sono specialmente le affezioni delle vie aeree superiori che simulano la tubercolosi e che vengono spesso misconosciute. Trattasi talora di individui, di aspetto malandato, dimagriti, con dispnea da sforzo, sudori notturni, tosse ad accessi con abbondante espettorato, specie al mattino, talvolta innalzamento vespertino di temperatura. All'esame fisico, si riscontrano diminuzione di espansione degli apici, ipofonesi, diminuzione del murmure, espirazione prolungata e soffiante, a cui possono aggiungersi rantoli secchi. All'esame radiologico, si osserva una diminuzione di trasparenza degli apici. Tutti fatti spesso bilaterali, ma talora unilaterali, special-

(1) Deutsche med. Wochenschrift, 1923, n. 20.
(2) Ibidem.

mente a destra, che fanno pensare alla tubercolosi, mentre sono dovuti ad affezioni del faringe, a stenosi nasale. Un altro caso può essere rappresentato da un bambino, magari in contatto con tubercolosi, che dimagra, ha un po' di febbre, il torace stretto, un'adenite cervicale, dei segni generali di infezione. L'asportazione di adenoidi infettate fa guarire in breve tempo l'affezione che si poteva giudicare tubercolosi chiusa.

Casi di questo genere sono ben lungi dall'essere rari ed anzi, ora che vi si rivolge maggiormente l'attenzione, risultano assai frequenti. E. Rist (3) ha fatto in proposito uno studio accurato e riporta una statistica convincente. Sopra 1000 individui presentatisi alla consultazione nel dispensario, egli ha trovato 236 con affezioni non tubercolari delle vie respiratorie, altri 207 con altre affezioni pure non tubercolari. Scartando le tubercolosi non polmonari, ne sono rimasti solo 330 in cui è stata fatta diagnosi di tubercolosi polmonare. Ora di questi, si è riscontrato che 274 (81,2 %) erano bacilliferi, mentre negli altri 56 non si poterono compiere tutte le ricerche necessarie. Rimasero solo sei casi dubbî (tubercolosi guarita, abortiva, ecc.).

Da queste statistiche, che sarebbe da augurarsi venissero ripetute in molti altri dispensarî, con i metodi rigorosi seguìti da Rist, risulta che gran parte delle così dette tubercolosi chiuse è data da incompletezza di ricerche è che il campo della tubercolosi chiusa si va restringendo man mano si affinano i metodi di diagnosi.

Un altro elemento che sta contro la diagnosi di tubercolosi nelle forme così dette chiuse ci è dato dallo scarso pericolo che esse rappresentano per gli individui che vivono nello stesso ambiente. Mentre la cutireazione, eseguita su bambini di famiglie ove si trova la tubercolosi aperta, dà il 91 % di risultati positivi, quella eseguita su bambini conviventi con casi di tubercolosi chiusa dà il 20 %, cioè una proporzione che può aversi per il solo fatto di vivere negli ambienti bacilizzati delle nostre odierne città.

Criterî anatomo-patologici, sperimentali, epidemiologici, se largamente confermati darebbero dunque come problematica e comunque come non dimostrata l'esistenza della tubercolosi chiusa. Più ampie ricerche potranno confermare queste vedute, mentre un esame più accurato e sistematico permetterà di sfollare i dispensarî e di non atterrire i malati con una diagnosi sempre temuta. Nella pratica però quando si riduce la questione al fatto di eliminare o non i bacilli, il giudizio decisivo non deve essere affidato unicamente all'esame batterioscopico dello sputo. Il pratico, specialmente se lontano dai grandi centri ed esercente in ambienti a mezzi finanziarî limitati, non potrà ricorrere a tutte le ricerche che possono fare solo le istituzioni bene organizzate. Ed in tal caso egli deve soprattutto basarsi sui segni clinici, fondando la diagnosi sull'esame metodico ben condotto, che possa escludere la probabilità di altre malattie e sul reperto di segni di attività del processo tubercolare, attività dimostrata dalla presenza di rantoli umidi agli apici, con ipofonesi, di febbre, di espettorazione, eventualmente di concomitanti segni radiologici. Dal punto di vista dell'igiene dell'ambiente, è questo il malato che va considerato come infettante, come bacillifero, anche se un esame dimostrasse l'assenza di bacilli tubercolari nello sputo. Ed, essendo infettante, esso deve essere riguardato come pericoloso, per cui vanno prese tutte le misure per evitare la diffusione dell'infezione.

A. FILIPPINI.

(3) V Congresso francese della tubercolosi Strasburgo, 1923.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Sull' azione delle vitamine.

(Prof. W. R. HESS. *Deut. Med. Woch.*, 8 febbraio 1924).

Allo stato attuale delle nostre conoscenze sul modo di agire delle vitamine è da escludersi l'ipotesi di un meccanismo d'azione unico ed unilaterale. L'indagine sperimentale dovrà d'ora innanzi sceverare le diverse forme di avitaminosi interpretando di volta in volta il modo di agire vitaminico in rapporto con un determinato quadro morboso.

A tal proposito l'A. riferisce recenti ricerche su quella forma di avitaminosi conosciuta sotto il nome di beriberi aviario nella cui sintomatologia non può disconoscersi un disturbo dell'economia energetica dell'organismo: riduzione del potere di attività corporea e del ricambio respiratorio, diminuzione della temperatura e della frequenza del respiro, vertigini e i cosidetti « sintomi spastici ». Ponendo tali fenomeni in rapporto col fatto che essi possono scomparire prontamente con quantità anche minime di determinate sostanze, quali ad es. i fermenti, viene facile il pensare come in tal caso il fattore vitaminico debba nè più e nè meno agire che come un catalizzatore del chimismo di ossidazione.

E che poi nella patogenesi del beriberi i sintomi di insufficienza energetica e di diminuito ricambio respiratorio delle cellule rappresentino, più che un semplice sintomo, un fattore causale vero e proprio, ce lo dimostra l'osservazione della sintomatologia dell'avvelenamento da acido cianidrico il quale, rappresentando a sua volta un veleno ad azione inibitoria sui processi di ossidazione organici, riproduce l'intero quadro sintomatologico del beriberi.

Oltracciò la mancata comparsa dei sintomi beriberici nel digiuno e, d'altra parte, l'affrettata loro comparsa, p. es., nell'abbondante ingestione di carboidrati, dimostra che l'importanza fisiologica del fattore patogenetico del beriberi risiede nel chimismo di ossidazione cellulare. Fenomeno basato sul fatto che, essendo collegata ogni manifestazione energetica con un aumento dei bisogni del chimismo di ossidazione, viene in tali condizioni favorito il manifestarsi della insufficienza vitaminica latente. Nei piccioni alimentati con riso, con dosi anche minime di ac. cianidrico, possono prodursi forti attacchi, anche prima del tempo in cui sogliono altrimenti esplodere. Esperienze molteplici rendono poi palese l'esistenza di un parallelismo tra contenuto vitaminico dei tessuti e intensità del loro ricambio respiratorio. Il che si ricollega al concetto dell'esistenza di rapporti materiali tra vitamine e fermenti ossidanti e che, in seguito a nutrizione qualitativamente insufficiente, si costituisca uno stato di deficit cellulare di quei materiali che, come le vitamine, adempiono le funzioni di catalizzatori del ricambio respiratorio.

Un'altra questione inerente alla avitaminosi nel beriberi è quella di stabilire in quale determinata fase del processo di disassimilazione si produca il disturbo proprio della malattia.

Le esperienze con l'ac. cianidrico ne offrono la soluzione. Nell'avvelenamento da questo acido il momento essenziale è rappresentato dall'impossibilità di utilizzare l'O. nelle varie reazioni metaboliche. Come conseguenza di ciò per i muscoli è stato dimostrato che il processo ossidativo dei carboidrati si arresta alla produzione dell'ac. lattico, la cui combustione, e con essa i processi chimici energetici che vi si collegano, non avendo luogo, rimangono nelle cellule quei prodotti intermedii altrimenti eliminati dai normali processi ossidativi. L'accumulo di tali prodotti spiega il manifestarsi, sia nell'avvelenamento da ac. cianidrico, che nel beriberi, dei sintomi spastici e paralitici che a prima vista sembrerebbero contraddire una lesione del ricambio materiale energetico.

Da ultimo, considerando l'insieme dei risultati delle varie ricerche, l'A. ritiene che il fattore essenziale dell'avitaminosi beriberica risieda meno in un abbassamento del processo disassimilativo, quanto in un disturbo nella coordinazione delle singole fasi della disassimilazione. Nello stato di semplice manizione in cui il ricambio diminuisce, non si produrrebbe invece alcun disturbo del genere perchè il limitato ricambio è in prima linea conseguenza di una mancanza di materiale atto alla disassimilazione e la diminuzione del processo disassimilativo ha luogo in modo armonico in tutte le sue fasi.

M. AGOSTINI.

MEDICINA.

Significato clinico delle caverne nella tubercolosi polmonare.

(LYDTIN. *Zeitschr. f. Tuberk.*, B. 39, H. 1, 1923).

È noto il pericolo di emottisi nelle cavità tubercolari, la possibilità di reinfezioni endogene a carico di parti sane del polmone, il pericolo di infezioni miste, il pericolo di un pneumotorace spontaneo: tuttavia in certe determinate circostanze una cavità può guarire sia clinicamente sia anatomo-patologicamente e perciò non ogni cavità è legata ad una prognosi cattiva. Tuttavia Graeff nel Congresso per la tubercolosi tenuto in Elster nel 1921 ha sostenuto la prognosi completamente infausta nei portatori di caverne; nessuna caverna potrebbe guarire senza l'aiuto chirurgico e una cavità in tempo più o meno breve segna la morte del suo portatore. L'A. ha cercato sul materiale clinico a sua disposizione (I Clin. Medica di Monaco) di portare un contributo a tale questione: di 2500 malati osservati nella Clinica dal 1912 al 1920, 716 eran morti durante il periodo di osservazione: e su 771 casi di processi cavitari ne erano morti 650, cioè i morti per processi cavitari rappresentano il 90 % della cifra globale dei morti. Di questi 40-45 % davano il reperto anatomo-patologico di esito di casi acuti; il numero residuo era dato da casi che rappresentano il processo terminale di una forma cronica. Pertanto di 771 casi di cavitari 121 soli erano rimasti viventi.

In realtà la statistica può avere le sue deficenze e potrebbe anche darsi che su i 2500 malati anche altri ce ne fossero di cavitari: la diagnosi di cavità è stata posta sia radiologicamente sia clinicamente; non è stata ritenuta di valore o non ricercata la presenza di fibre elastiche, come non sono stati messi in discussione quei casi di emottisi che farebbero pensare ad antiche caverne guarite. Ri-

cercando che cosa era avvenuto di questi 121 malati l'A. li distingue in due gruppi: quelli che erano stati dimessi in cattivo stato con processi essudativi diffusi in atto e quelli (41) dimessi con prognosi buona: di questi 41 solo 13 sono rimasti a tutt'oggi vivi e questi erano portatori di cavità da 5-6-7-11 anni, ma clinicamente e radiologicamente erano malati che presentavano le note di una forma tubercolare cirrotica e proliferativa, almeno in una certa percentuale di casi, giacchè in altri mancava un reperto radiologico netto che portasse luce specialmente sulla grandezza delle caverne.

Per quel che riguarda la questione che la rapidità a più o meno breve scadenza dei portatori di caverne sia proprio da attribuirsi alla cavità in sè stessa, per l'A. non è fuori di dubbio, confrontando le statistiche dei malati ricoverati nel 1914-1916 senza caverne e sulle loro condizioni a distanza.

In complesso le ricerche dell'A. vengono in appoggio alle conclusioni di Graeff e le differenze sembran dipendere solo dal materiale di ricerca, materiale anatomo-patologico essenzialmente per Graeff, secondo il quale solo eccezionalmente potrebbe verificarsi la guarigione anatomica di piccole caverne.

MILANI E.

CHIRURGIA.

Le stenosi piloro-duodenali dovute a litiasi biliare e il loro trattamento chirurgico.

(FELICE PAPIN. *Journal de Chirurgie*, vol. XXIII, n. 1, gennaio 1924).

L'autore intende trattare in questo lavoro non di quei disturbi gastro-pilorici estremamente frequenti nel corso della litiasi biliare e che cedono del tutto alla colicistectomia, ma di quelle lesioni di origine biliare, che conducono a delle stenosi meccaniche vere del piloro e del duodeno, dovute a blocchi di aderenze cicatriziali, a incuneamenti di calcoli, a compressione, ecc. la cui sindrome predomina e che mettono il chirurgo in serio imbarazzo circa l'operazione di scelta.

Sulla scorta di un caso personale e di 19 casi tratti dalla letteratura ne studia l'essenza anatomo-patologica e da essa trae le conclusioni per il migliore trattamento chirurgico.

In tutti i casi riportati i sintomi di stenosi piloro-duodenale predominano assolutamente su tutto il quadro clinico. Nel maggior numero, e sopratutto quando si tratta di pericolicistite, essi sintomi succedono ad un passato assai lungo di disturbi da colelitiasi, mentre ve ne è altri che si iniziano bruscamente per l'incuneamento di un calcolo nella regione piloro-duodenale. Alcune volte come nel caso personale dell'autore, la sindrome anzichè pilorica è nettamente duodenale. Bisogna però ben guardarsi dal far diagnosi di stenosi del duodeno solo sulla base dell'immagine radioscopica ed affermarla solo se si nota un ristagno del pasto opaco, molte ore dopo l'ingestione. La frequenza di queste stenosi piloro-duodenali reali, anatomicamente costituite, è difficile a stabilire, rappresenta certamente il minor numero delle turbe piloriche che si hanno nelle litiasi biliari. Kehr ne ha notate solo 22 su 1000 casi operati. In genere hanno sede pilorica, quantunque secondo la statistica del Tuffier il 50 per cento siano duodenali.

Dal punto di vista patogenetico una evenienza relativamente frequente è la *compressione della regione piloro-duodenale da una grossa vescichetta ripiena di calcoli* più o meno aderente. In genere però le aderenze in tale caso sono lasse, ciò che ha la sua grande importanza dal punto di vista operatorio. Un meccanismo interessante a studiare è realizzato dall'*incuneamento di un calcolo, in genere voluminoso, nella regione piloro-duodenale.* In tal caso resta a stabilire se il calcolo è giunto al duodeno passando per il coledeco o attraverso ad una fistola vescicolo-duodenale. Quntunque Villard escluda in modo completo il passaggio del calcolo per mezzo di una fistola, i casi di Tuffier, di Okinczyc, de Goullioud, citati dall'autore, dimostrano in modo inconfutabile tale patogenesi. Ciò ha la sua importanza operatoria, giacchè oltre che alla stenosi vi è da provvedere alla cura della fistola vescicolo-duodenale e alle conseguenti strette aderenze della regione. Ma la patogenesi di gran lunga più frequente e che dà luogo ai disturbi più gravi, è la *pericolecistite*, che con aderenze molto serrate blocca il piloro e il duodeno, o con briglie inginocchia il duodeno stesso o forma dei veri tumori infiammatori, che rendono a prima vista difficile la diagnosi e complicano l'atto operativo. A fianco di queste tre grandi cause di stenosi occorre segnalare due elementi che intervengono e che si sommano ai precedenti e che erano in gioco nel caso riportato dall'Autore, tali sono: *l'ispessimento e l'induramento della parete del duodeno* a contatto della pericolecistite *e l'ipertrofia della testa del pancreas.* Tali lesioni però non seguono solo alla pericolecistite, ma si notano dopo il passaggio o meglio dopo la permanenza di un grosso calcolo.

Infine occorre menzionare le stenosi piloroduodenali, che possono seguire ad operazioni sulle vie biliari, anche quando queste sono

sembrate molto semplici. In tutti questi casi non è da porsi in discussione la indicazione netta operatoria, vi è invece da fissare quale sia caso per caso la migliore via da scegliere.

Il chirurgo deve decidere su queste tre possibilità:

a) una operazione gastro-intestinale (gastro-enterostomia);

b) una operazione solo biliare (colecistectomia);

c) l'associazione della colecistectomia con la gastro-enterostomia.

1) Quando si tratta di una grossa vescicola calcolosa più o meno aderente, l'operazione di scelta non è che la colecistectomia, che, sbloccando il duodeno e il piloro, guarisce completamente la sindrome.

2) Un incuneamento di un calcolo di una fistola, non è un'evenzienza molto comune.

In tal caso a prima vista parrebbe che l'incisione del duodeno e l'asportazione del calcolo dovesse bastare a far cessare ogni disturbo. In realtà ciò non è, per le aderenze che tale ostacolo induce ed occorre eseguire sempre anche la gastro-enterostomia.

3) Se infine la lesione causale è una pericolecistite con tutti i suoi esiti, di cui sopra, la condotta chirurgica non può essere a priori stabilita:

a) se si tratta di lesioni in evoluzione, di una colicistite «en poussée» «tiède» con aderenze piloro-duodenali secondarie è l'operazione sulla via biliare che si impone. Essa può consistere o nella semplice incisione-drenaggio di un accesso perivescicolare, che si trova nel centro di un blocco di aderenze, o più spesso in una colecistoctomia con svuotamento dei calcoli e susseguente drenaggio, oppure, ed è l'operazione ideale, la colecistectomia. Dopo l'asportazione di tali vescichette infette, la parete duodeno-pilorica anche se inspessita e circondata da aderenze, riprende sempre la sua elasticità ed il lume la sua permeabilità.

b) se si tratta invece di vecchie aderenze residuate ad una colecistite spenta cioè di lesioni residuali, è inutile andare a tentare una laboriosa colecistectomia di una vescichetta sclero-atrofica, occorre invece la gastro-enterostomia.

Oltre a ciò come indicazioni alla semplice gastro-enterostomia occorre aggiungere le seguenti considerazioni:

1) La gastro-enterostomia è l'operazione di scelta nei casi di dubbia diagnosi, quando cioè la diagnosi causale non è possibile a farsi prima dell'atto operativo. Ciò in modo speciale quando si tratti di tumori infiammatori che abbiano fatto pensare ad una lesione neoplastica.

2) La gastro-enterostomia è l'operazione che deve eseguirsi nei malati deboli ed in cattive condizioni per la sua semplicità e rapidità.

Resta a dire quando sia da consigliarsi il doppio intervento: gastro-enterostomia e colicistectomia. Innanzi tutto bisogna che il malato sia in ottime condizioni ed anche malgrado ciò, se esaminiamo la statistica di Cotte (3 morti su 5 operati), dobbiamo sempre ritenerla una grave operazione. L'autore piuttosto propone e sostiene, quando a far cessare i disturbi non sia stata sufficiente la gastro-enterostomia, di ricorrere in secondo tempo alla colicistectomia quando il malato abbia acquistato nuovo vigore (1).

BANI.

STORIA DELLA MEDICINA.

I concetti di G. Fracastoro sulle malattie infettive.

Girolamo Fracastoro è generalmente conosciuto per il suo poema «*De morbo Gallico*», mentre rimangono in ombra le altre facce della sua poliedrica genialità. Il prof. G. Pedrazzoli (*Il Medico italiano*, 10 marzo 1921) richiama l'attenzione sulle idee espresse dal Fracastoro a proposito dei contagi, le quali fanno di lui un vero precursore della moderna epidemiologia.

Per meglio valutare il genio del Fracastoro bisogna riferirsi all'epoca più fervida della sua vita, la prima metà del 500, quando i medici appena si ribellavano alla deformazione araba della medicina greca, tornando alle pure antiche fonti, ma subivano, quasi indiscussi, i pregiudizi della influenza dei pianeti, dei numeri e di altre cabalistiche stramberie sull'origine e il decorso delle malattie comuni ed epidemiche. In tale ambiente, Fracastoro con acuta mente di osservatore spassionato, arrivò ai concetti che rese pubblici in un'opera ponderosa: *De contagionibus et contagiosis morbis et eorum curatione*, che è ancora adesso una vera rivelazione.

Anzitutto egli attribuisce la malattia contagiosa a germi, che chiama *seminaria morbi*,

(1) In questi giorni è capitata alla mia personale osservazione una malata con stenosi completa pilorica da pericolecistite. È stata operata in condizioni gravissime dal sig. prof. Alessandri, di sola gastro-enterostomia.

Attualmente l'ammalata sta benissimo e sembrano in lei cessati tutti i disturbi.

capaci di riprodurre lo stesso processo morboso dal quale derivano, come risulta dalla seguente traduzione di taluni brani del testo latino.

« Il contagio ha luogo tra due soggetti differenti, sia tra due parti dello stesso soggetto. Il primo caso costituisce il contagio propriamente detto; non è che per analogia che si può dare il nome di contagio al secondo caso.

Perchè vi abbia contagio bisogna che la alterazione che si manifesta nel soggetto infettato, *sia della medesima natura* di quella che esiste nel soggetto infettante. Un altro carattere del contagio è quello di operare per mezzo di particelle sottilissime, di particelle che i nostri sensi non possono vedere.

Il contagio è una viziatura particolare delle parti materiali dell'aggregato vivente, viziatura sempre di natura identica, trasmissibile da un individuo a un altro e che non si estende mai all'aggregato intero, se non dopo che l'infezione è penetrata nelle molecole elementari ». (Concetto dell'incubazione).

« I principî del contagio differiscono fra loro per il modo di trasmissione. Questa è triplice; infatti gli uni non si propagano che per contatto, gli altri per contatto e per focolaio, gli altri infine si propagano per contatto, per focolaio e a distanza ».

Egli considera focolaj di contagio « i vestiti, gli oggetti di legno e sostanze analoghe, le quali *pur non essendo alterate esse stesse dai germi contagiosi*, sono atte cionullameno a conservarli e trasmetterli.

Il principio del contagio per contatto, risiede nelle *particelle invisibili* che si evaporano dai corpi e diventano i semi della malattia. Questi semi possono conservarsi due o tre anni in un focolajo di contagio.

Sono questi semi che spiegano la specificità e il carattere contagioso di molte malattie, così che il vajolo, il morbillo, la migliare, la peste, la febbre lenticolare, hanno *le loro sementi speciali*, come la rabbia, l'oftalmia, la sifilide e così la tisichezza polmonare ».

Non occorre di più per dimostrare che Fracastoro aveva conosciuta e proclamata la contagiosità delle malattie infettive, dovuta alla sicura esistenza di quei germi che pur non poteva vedere.

Ma il Fracastoro aveva precorso i suoi tempi di quasi quattro secoli, come il Ramazzini di due, e di alcuni decennî il Bassi; ogni seme ha bisogno del terreno adatto per svilupparsi, ed anche per le idee geniali dei precursori, occorre che si formi, in tempo più o meno lontano, il campo fecondo ove poi perennemente germoglieranno.

È del 1882 la pubblicazione di Koch, *Die Tubercolose vom dem Stand punkte der Infectionslehre*, dopo la scoperta dei bacilli che portano il suo nome, veri *seminaria morbi;* ma se con tale pubblicazione si sosteneva la trasmissibilità della tubercolosi, ciò è prova che prima non la si ammetteva; infatti anche i migliori medici fino allora accennavano timidamente alla possibilità di contagio della tisi polmonare. Invece il Fracastoro nel 500, dopo una magnifica descrizione dei sintomi principali del morbo e dell'aspetto dei polmoni al tavolo anatomico, così scriveva:

« Persone che non furono colte mai da deflussi, nè presentarono fratture di vene, nè patirono affezioni pleuritiche, sebbene state abitualmente sanissime, non di meno contrassero il morbo per comunella con tisici o tocco di oggetti a questi pertinenti. Però fa stupire la tenacia e la durata delle molecole di tale virus nei corpi solidi a cui si appigliano; ad esempio, le vesti portate già un tisico comunicarono il male anche dopo due anni. Il somigliante si dice delle camere, dei letti, dei pavimenti, ove un tisico sia morto. In tali corpi pertanto convien ritenere che restino come dei semi contagiosi ».

Se i concetti così mirabilmente intuiti ed esposti di Gerolamo Fracastoro, fossero stati generalmente conosciuti, anche prima della scoperta del bacillo della tisi, si può ben ritenere che nei tre secoli e mezzo che intercorsero, in tante generazioni di medici, sarebbero sorte menti aperte che avrebbero accolte le idee del Fracastoro e consigliati provvedimenti contro la contagiosità del morbo, limitandone la spaventosa diffusione.

A. Z.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Biologie u. Pathologie des Weibes. Urban u. Swanzerberg, editori. Vienna e Berlino (in corso di pubblicazione).

J. HALBAN e L. SEITZ, sotto tale titolo, che dimostra da per sè la larghezza di vedute con cui l'opera è concepita, hanno promosso la redazione di un trattato di ostetricia e ginecologia moderno e completo.

Consterà di otto volumi, ciascuno di parecchi fascicoli; i vari capitoli sono svolti da numerosi collaboratori, scelti fra i più rappresentativi della cultura ginecologica tedesca. Sarà certo una opera poderosa, che fa onore anche all'editore coraggioso, il quale ha assicurato una magnifica veste tipografica con ottime figure, a giudicare dai fascicoli finora pubblicati.

Nel II fasc. del I vol. Fischer tratteggia la storia della ginecologia, Lubosch lo sviluppo normale dei genitali femminili.

Nel I fasc. del II vol. Halban tratta la sintomatologia e la diagnostica generale in ginecologia; Polano indirizza all'esame ginecologico; Kohler fa una completa rassegna della terapia medica e della organoterapia; Lindig si occupa della proteinoterapia, e L. Seitz riunisce in un poderoso capitolo la parte dottrinale e tecnica della radioterapia ginecologica.

Nel III fasc. del vol. III Mathes traccia un capitolo originale sui tipi costituzionali della donna e specialmente si sofferma sul tipo intersessuale; Guggisberg illustra i disturbi dell'accrescimento, la osteomalacia e la clorosi.

Nel V fasc. del I vol. oltre alla anatomia dell'apparato genitale femminile (di Oertel) è trattata la anatomia comparata sessuale degli animali domestici (da Schmaltz) e la anatomia dell'apparato genitale femminile delle cavie, conigli e ratti (da Drahn); Stratz parla delle razze mentre Fraenkel riassume la fisiologia sessuale femminile.

Da questo breve esposto si arguisce facilmente che si tratta di una opera concepita con larghezza di criteri e destinata ad acquistare un posto fondamentale nella letteratura ginecologica. P. G.

DEMELIN et DEVRAIGNE. *Manuel de l'accoucheur.* Parigi, Gaston Doin, editore, 1923. Fr. 68.

È un voluminoso manuale, scritto colla chiarezza e vivacità proprie dei francesi, il che rende attraenti anche i capitoli meno piacevoli.

La trattazione è completa, per quanto disuguale, fatto inevitabile, del resto, in siffatti trattati. La documentazione delle illustrazioni è forse la parte meno lodevole; ormai siamo quasi viziati in tale campo e male ci appagano queste figure un po' incerte, anche perchè stampate su carta poco adatta. In una nuova edizione, che non mancherà certo, dati i pregi intrinseci del lavoro, tale menda verrà eliminata; sarà anche conveniente che il volume venga reso più maneggevole, dividendo p. es. in due parti le 1515 pagine onde risulta. P. G.

J. G. ADAMI. *Charles White of Manchester and the arrest of puerperal fever.* The university press of Liverpool Hodder and Stoughton. Lmt. London, 1922.

È un volume di un notevole interesse storico nei riguardi della profilassi della febbre puerperale.

L'Adami vi rivendica la opera divinatrice dello White, specialmente nei confronti di Semmelweiss, al quale si suole, nel campo ostetrico, attribuire la priorità dell'aver riconosciuta la natura infettiva della febbre puerperale e nell'avere additati i mezzi, allora più acconci a prevenirla, in un'epoca nella quale ancora la batteriologia era da creare.

La documentazione portata da Adami è certo interessante.

Oltre che per la introduzione già da allora (White visse dal 1728 al 1813) fatta della pulizia estrema, della ventilazione, ecc., sono impressionanti i risultati ottenuti, i quali parlano, p. es., di una mortalità del 0.53 % su una statistica di oltre 10,000 parti.

Dopo il vivace discorso di Adami, sono riportati nel volume alcuni scritti di White, sulla febbre puerperale.

Chi si occupa della storia della medicina non può disinteressarsi del volume. E i cultori della ostetricia pure ne dovranno tener conto, per non tralasciare di ricordare l'opera davvero precorritrice dello White.

E invero, se resta sempre grandiosa e ammirabile la intuizione del Semmelweiss, appare innegabile che egli ebbe un fortunato precursore. P. G.

JASCHCKE u. PANKOW. *Lehrbuch der Geburtshilfe.* J. Springer, edit., Berlino, 1923. L.it. 96.

È la XI edizione del noto trattato di ostetricia di Runge, rimaneggiato profondamente dagli AA. La parte dottrinale è molto stringata, in qualche capitolo anche troppo; magnifica la parte illustrativa: 501 figure in 800 pagine arricchiscono veramente l'opera, tanto più che molte illustrazioni sono policrome, parecchie originali, tutte molto dimostrative.

P. G.

F. LA TORRE. *Il Forcipe*, p. 141, con 56 fig. Amministrazione de «La Clinica Ostetrica», Roma, 1924. Prezzo L. 16.

Il La Torre si era proposto, scrivendo questo lavoro sul forcipe, uno scopo eminentemente pratico: «non monografia nè accademia» dice nelle premesse, ed ancora: «esso è destinato non a chi sa più di me, ma a coloro che ne sanno meno».

Ed ha perfettamente raggiunto lo scopo di mettere alla portata del pratico il dottrinale del forcipe, cercando anche di interessare con la forma piacevole e spesso arguta e con la tendenza aneddotica che ne caratterizzava gli scritti. Se mai un appunto si può fare è che talvolta questa tendenza finisce per prendere la mano all'A., specialmente nella prima parte, forse troppo ricca di spunti autobiografici.

Nell'insieme è opera indubbiamente utile allo scopo prefissosi, sopratutto pensando che la precisa conoscenza delle indicazioni, delle condizioni permittenti e delle regole della applicazione del forcipe rappresentano una assoluta necessità dell'esercizio professionale. La ostetricia non è tutta nel forcipe, è vero; ma per l'ostetrico pratico il forcipe ha bene la parte predominante! E dobbiamo salutare con piacere ogni contributo, come questo utile e quasi completo alla diffusione delle buone norme per il migliore uso di esso.

P. GAIFAMI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BERNARDINI BERNARDO. *Sindromi amiostatiche da encefalite letargica.* — Milano, Soc. Ed. Libraria, 1923.

BERTOLOTTI M. *Contributo allo studio delle grandi dilatazioni totali dell'esofago senza stenosi.* — Torino, Alberto Giani, 1923.

BRAVETTA EUGENIO. *Ospedali Psichiatrici e gerarchie mediche.* — Pavia, Tip. Coop., 1923.

BUSINCO OTTAVIO. *Il trattato elio-marino nelle tubercolosi chirurgiche.* — Pisa, Arti Grafiche Nistri-Lischi, 1923.

CANTIERI COLLATINO. *Polisierosite e febbre di Malta.* — Napoli, G. Barca, 1923.

CAPUTO VINCENZO. *La lepra in Calabria.* — Milano, Coop. Graf. Operai, 1923.

CARCAMO ROBERTO. *Hacia la curación de la Tubercolosis.* — Buenos-Aires, L. Spinelli, 1922.

COLELLA ROSOLINO. *Sulla riforma della scuola in Italia.* — Palermo, A. Giannitrapani, 1923.

ID. *Delinquenza nata - Simulazione.* — Roma, Tipogr. Mantellate, 1923.

CONTARDI e CAZZANI. *Contributo allo studio degli arsenobenzoli usati in terapia.* — Milano, Ulrico Hoepli, 1923.

ID. *I glucosidi degli arsenobenzoli.* — Milano, Ulrico Hoepli, 1923.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta dell'8 febbraio 1924.

Presidenza: Prof. VICARELLI, presidente.

Sulle alterazioni istologiche che determinano la durezza del sifiloma iniziale.

BIZZOZERO. — La durezza del sifiloma iniziale è in rapporto non solo con la fittezza e l'estensione del reticolo impregnabile col nitrato d'argento, ma anche con la compattezza e l'estensione dell'infiltrato, sia parvicellulare, sia fibroblastico.

Sulla perspirazione insensibile della pelle pigmentata dal sole in alta montagna.

MUGGIA. — Paragonando la perspiratio insensibilis di una parte di pelle pigmentata in seguito a lunga esposizione ai raggi di una lampada di quarzo, con quella di una parte di pelle normale rileva che nella prima la grandezza perspiratoria è notevolmente più elevata.

Sulla virulenza delle culture di bacilli tubercolari trattati coi metodi per l'isolamento dallo sputo.

VERDINA. — L'O. ha coltivato, su terreno di Petroff, e inoculato le colture in cavia, il sedimento di sputi tubercolotici trattati coi vari metodi di isolamento del bacillo di Koch e cioè i metodi di Petroff (trattamento con Na OH al 4 per cento); Aubertin (Na OH al 4 per cento, poi neutralizzazione con HCl al 10 per cento e successivo trattamento con soluzione alcoolica di violetto di genziana); Bossan-Bandy (H_2SO_4 al 10 per cento), antiformina al 15 per cento, e Kitasato (semplice lavaggio dello sputo con acqua sterile). Dalle ricerche dell'O. risulta che il metodo di Kitasato è quello che dà le culture più virulente, quelli di Bossan-Bandy e quello dell'antiformina dànno culture quasi ugualmente virulente, i metodi di Petroff invece attenuano notevolmente la virulenza del bacillo di Koch.

BLAVET. — *Voluminosa cisti branchiale epidermica.*

Seduta del 22 febbraio 1924.

Presidenza: Prof. VICARELLI, presidente.

Postumi di encefalite epidemica e sostanza nera del mesencefalo.

OMODEI-ZORINI. — In un caso venuto a morte con sindrome parkinsonsimile postencefalitica l'O. ha riscontrato nel locus niger atrofia e scomparsa di quasi tutte le cellule nervose pigmentate della sostanza nera, proliferazione della nevroglia, lievi tracce di sclerosi vasale e perivasale e di infiltrati parvicellulari.

PIETRO SISTO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Fratture spontanee.

Il primo carattere delle fratture spontanee è quello di prodursi in seguito ad uno sforzo insufficiente a rompere un osso normale, in un individuo sano. Esse sono inoltre indolore, sia al momento in cui si sono prodotte, poichè l'ammalato non si è accorto che della tumefazione, e dell'impotenza funzionale, sia all'esame, in cui si può prendere e muovere come si vuole l'arto senza dare sensazioni dolorose.

La diagnosi però deve essere completata dalla ricerca della causa e può essere facilitata dalla radiografia. Una delle cause più frequenti è la sifilide, sia direttamente che indirettamente come nella tabe. In quest'ultimo caso la diagnosi di causa può essere difficile, poichè le fratture patologiche possono aversi nel periodo preatassico; l'assenza del riflesso pupillare alla luce con la conservazione del riflesso all'accomodazione, l'assenza dei riflessi rotulei dovranno essere ricercati.

Un'altra causa delle fratture spontanee è data dai neoplasmi; in tali casi, come osserva Hartmann (*Journal des praticiens*, 8 marzo 1924), si hanno spesso dolori alle ossa prima della frattura e si trova la storia di neoplasmi operati; talora invece la frattura può essere il primo sintoma di un epitelioma profondo di altri organi.

Anche l'osteomielite può essere causa di fratture spontanee. *fil.*

Ferite da frammenti di vetro.

Le occasioni di ferite con frammenti di vetro sono assai frequenti nella vita di tutti i giorni. Si tratta talora di una sezione netta del rivestimento cutaneo, per cui basta la disinfezione e la sutura per prima. Un vetro spesso invece determinerà una ferita contusa, per cui si impone l'iniezione di siero antitetanico. La caratteristica di tutte queste ferite è data dall'abbondante emorragia per la sezione netta del vaso, che rimane beante.

La questione però è dominata dal fatto dell'inclusione dei frammenti. Questi possono essere di grandezza variabile e localizzarsi sotto la pelle, o sotto l'aponeurosi od anche in pieno muscolo. In generale i frammenti di vetro sono ben tollerati: talvolta migrano e si trovano ben lontani dal punto d'entrata. In qualche caso si hanno complicazioni, costituite da un ascesso in cui si trova il corpo del delitto. Si possono avere come conseguenze lontane la contrattura persistente di un muscolo, la irritazione di un nervo con dolori a tipo causalgico, dei pseudotumori.

La diagnosi dell'inclusione varia secondo l'epoca in cui si vede il malato e secondo i caratteri della ferita. Se questa è recente e beante, il corpo estraneo si troverà eventualmente negli scollamenti e nelle anfrattuosità. Quando si sospetti la presenza di tali frammenti si procederà senz'altro all'esplorazione con lo specillo, che dà indicazioni preziose. Talvolta la diagnosi è difficilissima e soprattutto bisogna pensare alla possibilità dell'inclusione stessa.

R. Villar e G. Ducom (*Journ. de médic. de Bordeaux*, 1923, n. 14) ricordano il caso di un tale con dolori tenaci alla faccia rimasti dopo un grave accidente d'automobile; tre diversi chirurghi fecero diagnosi di neuralgia facciale, di frattura di ossa craniche e della faccia, mentre si dimostrò poi trattarsi di inclusione di frammenti di vetro. In presenza di un ematoma, che sopravviene tardivamente, si può talora pensare al sarcoma. La radiografia può portare un aiuto prezioso per la diagnosi, poichè oggi si ammette che il vetro sia rivelabile con la radiografia.

La nettezza dell'ombra varia naturalmente con la qualità dei raggi, con lo spessore e la composizione chimica del vetro incluso. Ad ogni modo l'esame radiografico s'impone in tutti i casi allo scopo di rivelare la eventuale presenza di frammenti di vetro in modo da poter procedere all'estrazione.

fil.

Il trattamento delle emorragie.

Il trattamento delle menorragie che non sono provocate nè da malattia della mucosa, nè da neoplasmi, nè da salpingite acuta è sempre oggetto di discussioni. Tutte le menorragie profuse, costanti, di origine ignota, che non sono calmate nè dal raschiamento, nè dai diversi medicamenti richiedono una cura che annulli le funzioni dell'utero. Sono da menzionarsi, fra le diverse cure proposte, le iniezioni di vapore nella cavità uterina, quelle di tintura di jodio, che fanno cessare le menorragie, ma danno risultati gravi, quali la sclerosi dell'utero o delle ovaje. La roentgenterapia dà risultati buoni nelle emorragie da fibroma, ma nelle giovani provoca la sterilità; il radio può dare necrosi dei vasi.

R. Slivinski (*Rev. franç. de gynécologie et d'obstetrique*, 10 mar. 1924), ha provato, sopra

diversi casi di menorragie che avevano resistito al raschiamento, il metodo delle iniezioni di siero normale, proposto da Bouché e Hustin, per la cura delle menorragie e delle amenorree. Già alla prima iniezione il sangue della paziente presenta modificazioni consistenti in aumento del numero dei leucociti, diminuzione della coagulabilità, aumento dell'indice refrattometrico. Le iniezioni fatte dall'A. sono state 7-8. Su otto casi si sono avuti 4 risultati positivi, uno brillante, 3 negativi. Il metodo, su cui l'A. non fornisce altri particolari, può essere tentato con speranza di successo nella cura delle menorragie profuse e resistenti ad altre cure.

fil.

L'anestesia locale nella chirurgia della parte superiore dell'addome.

R. F. Farr (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 29 settembre 1923) fa rilevare che tale modo di anestesia presenta il vantaggio di ridurre al minimo le complicazioni polmonari postoperatorie e di evitare i vomiti postanestesici; l'insieme dell'organismo e gli organi vitali inoltre risentono minori danni.

L'anestesia locale permette anche di utilizzare la «cooperazione del paziente» per l'esplorazione sistematica degli organi. Quando si esercitano delle trazioni od una pressione sul duodeno, sulla cistifellea, ecc., si arriva a localizzare con sufficiente esattezza le sensazioni dolorose del malato, eliminando qualche organo che non è in causa.

Il successo di questo metodo però dipende da diversi fattori, quali l'apprezzamento dello stato psichico del malato, la diagnosi preoperatoria esattamente stabilita, la soppressione dei riflessi dei muscoli addominali, ottenuta con l'anestesia completa della parete, la perfetta esposizione dei visceri, l'anestesia splancnica se è necessaria ed una tecnica chirurgica adeguata.

fil.

Cause della ricorrenza dei sintomi dopo rimossa l'appendice.

Sulla scorta di moltissimi casi di appendicite cronica completamente studiati, anche radiologicamente, ed operati, Ch. Lawrence (*Boston med. and surg. journ.*, 8 novembre 1923) fa rilevare che quei disturbi che sono generalmente ascritti all'appendicite cronica hanno spesso una causa più complessa, onde non possono del tutto scomparire dopo l'operazione. Dolore, vomito, nausea, cefalea, vertigine, stipsi con diarrea accessionale, sono spesso in rapporto con una stasi cecale, e nel colon, o nell'ileo, con l'insufficienza della valvola ileocecale, con diverticoli intestinali, con ptosi viscerali, con uno stato anemico.

Egli consiglia innanzi tutto di provvedere a una buona canalizzazione dell'intestino, mercè un'acconcia dieta, ricca di liquidi, di verdure e frutta, col moderato esercizio, con l'evitare l'affaticamento eccessivo muscolare o intellettuale. Eventualmente si potranno usare purganti, preferibilmente liquidi, onde poterli meglio dosare: è a ragione in onore l'olio di vaselina.

Se vi è spasmo intestinale gioveranno invece la belladonna e i derivati. L'A. non ebbe risultati buoni dal benzoato di benzile.

Se si decide l'intervento operativo, questo dev'esser completo e non limitarsi alla resezione dell'appendice: comprenderà quindi, secondo i casi, enteroanastomosi, colectomia, fissazione di visceri ptosici, ecc.

DORIA.

L'ascesso retro-faringeo.

È esclusivamente una lesione della prima età e succede di solito ad una coriza o ad una adenoidite acuta. Il bambino ha temperatura elevata, dorme male, rifiuta il seno, ha respiro accelerato, pianto debole, accessi di soffocazione, che compaiono rapidamente, accompagnati da cianosi e *tirage*. All'esame della gola, deprimendo la lingua al massimo, si osserva la parete posteriore del faringe rossa, tesa; la tumefazione ostruisce l'istmo delle fauci, è molle al tatto e può dare la sensazione di urto di ritorno.

Il trattamento è esclusivamente chirurgico. E. Feldstein (*Journal des praticiens*, 5 gennaio 1924) consiglia come strumenti l'abbassalingua ed un bistori protetto o meglio una pinza di Lubet-Barbon. Il bambino, avvolto in un panno, viene solidamente tenuto da un aiuto che fissa bene la testa. Si può procedere alla cieca, facendo appoggiare l'indice della sinistra sulla parte saliente della tumefazione; si fa scivolare lo strumento lungo l'indice sinistro e si apre la sacca, allontanando poi le due branche della pinza per ingrandire lo orificio in senso verticale. Oppure si può deprimere molto la lingua, in modo da operare sotto il controllo della vista. Appena il pus incomincia a scolare, si mette il bambino con la testa bassa, in modo da impedire l'entrata del pus nelle vie aeree; è questo il solo momento critico della operazione. Nei giorni seguenti, si medica con acqua ossigenata o tintura di jodio doppia, di cui si imbevono dei tamponi di cotone, in modo da evitare una chiusura troppo rapida. Si completa la cura con la disinfezione del cavo faringeo ed una leggera purga.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sulla biologia del liquido peritoneale nell'uomo.

Il liquido peritoneale venne studiato in condizioni fisiologiche da E. Vogt (*Med. Klinik*, n 27, 1923) che tenta di chiarire la sua funzione biologica e i suoi rapporti con gli organi genitali femminili. La quantità del liquido varia da poche gocce a 20 ccm.; il peso specifico oscilla tra 1018 e 1025. Nel quadro citologico i linfociti rappresentano il 20 %, i leucociti il 70 %. Si trovano soltanto singoli globuli rossi degenerati (piccole emorragie dal corpo luteo oppure in rapporto con la rottura del follicolo). Le cellule epiteliali sono scarse. Il contenuto in albumina varia tra 0,2 e 0,7 %; è aumentato in caso di miomi e di tumori annessiali infiammatori cronici. Durante la gravidanza il liquido peritoneale è aumentato. Il problema della genesi del liquido peritoneale è ancora dibattuto, i risultati dell'autore confermano solo in parte l'ipotesi di Novak ch'esso sia in rapporto con lo stato funzionale del corpo luteo: il peritoneo verrebbe stimolato a secernere liquido perchè irritato dal follicolo appena rotto oppure dal corpo luteo giovane. Anche la presenza degli spermatozoi potrebbe direttamene od indirettamente stimolare alla secrezione il peritoneo pelvico. Solo in alcuni dei casi osservati dall'autore (75 laparotomie) la formazione del liquido peritoneale era determinata dalla appendicite cronica in modo specifico: l'autore trovò aumentato il liquido peritoneale nell'appendicite cronica come in tutte le forme infiammatorie degli organi pelvici, cosicchè egli conclude che ogni stimolo infiammatorio che irrita il peritoneo partendo da qualsiasi organo, determini un aumento del liquido peritoneale. Il peritoneo pelvico reagisce intensamente ad ogni stimolo: la formazione del liquido peritoneale si deve attribuire specialmente ad esso. Il peritoneo pelvico ha un'essenziale importanza difensiva in casi di infezione: accanto all'omento esso deve venir considerato il più importante organo difensivo dell'addome. Avendo il compito di proteggere in special modo gli organi riproduttivi femminili, esso serve alla conservazione della specie. Questa speciale difesa degli organi genitali femminili è necessaria per il fatto ch'essi sono direttamente comunicanti all'esterno e perciò esposti a pericoli.

POLLITZER.

Sulla presenza di speciali granulazioni nel granuloma di Sternberg-Paltauf.

G. Goglia (*La Pediatria*, 1922, vol. 30, fasc. 20) riassume, citando i vari autori, lo stato attuale del problema etiologico del linfogranuloma, e particolarmente della dibattuta questione se la tubercolosi è la causa del granuloma o piuttosto una superinfezione.

Riferisce i risultati dell'esame di numerosi preparati, provenienti da sei casi di linfogranuloma indubbio (avendo l'A. scartato tutti i casi che istologicamente si avvicinavano alla forma tubercolare), e colorati con varii metodi.

Egli ha osservato granuli liberi nei tessuti e granuli endocellulari, di varia forma e grandezza. Molti di questi a fortissimo ingrandimento si rivelavano precipitati di colore; altri erano tipici granuli di Much, grampositivi, antiforminoresistenti, ma non acidoresistenti: l'inoculazione nelle cavie del materiale diede sviluppo a una tubercolosi florida (Caronia); però questi granuli di Much non furono trovati in tutti i casi. Altri ancora erano granuli compatti, di 1-2 μ, rotondeggianti, acido e alcool-resistenti, ma non antiforminoresistenti, non tingibili coi comuni colori d'anilina, come quelli osservati da P. M. Franco. Contrariamente a quanto afferma Ciaccio, l'A. non l'ha mai osservati nell'interno delle grosse cellule di Sternberg. Il loro significato è ancora oscuro.

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

La cura del morfinismo. — All'abb. n. 6474-3:

La cura del morfinismo si pratica in tre modi: soppressione, sostituzione, demorfinizzazione progressiva.

La soppressione brusca può provocare disturbi gravi.

La sostituzione con altro farmaco (eroina, cocaina, ecc.) non è consigliabile perchè il più delle volte si sostituisce un'abitudine viziosa con un'altra.

Più sicura e senza inconvenienti è la demorfinizzazione progressiva. Si può praticare in tre modi: 1° diminuendo progressivamente il numero delle iniezioni di morfina; 2° facendo lo stesso numero di iniezioni ma diminuendo gradatamente la quantità di soluzione iniettata; 3° facendo lo stesso numero di iniezioni di una soluzione a contenuto di morfina sempre più basso. Per combattere lo stato di irrequietezza che accompagna la demorfinizzazione si somministrano bromuri.

Durante la cura l'infermo va sorvegliato perchè non si procuri e si inietti l'alcoloide all'insaputa del medico; è perciò conveniente che la demorfinizzazione sia praticata in una casa di salute.

G. DRAGOTTI.

La localizzazione dei dolori viscerali. — All'abb. n. 1570:

Le sensazioni viscerali raggiungono la coscienza indirettamente. Gli stimoli partenti dagli organi eccitano i relativi segmenti dell'asse cerebro-spinale e le sensazioni sono avvertite nell'area di distribuzione dei rispettivi nervi. Si hanno così i dolori riferiti. Head e Mackenzie hanno fissato le zone di dolorabilità o iperestesia cutanea corrispondente alla stimolazione dei singoli organi o di parti di essi. Queste zone hanno varia ampiezza o diffusione a seconda della intensità dello stimolo viscerale, in rapporto al fatto che la eccitazione può diffondersi a varî segmenti spinali. Così si spiega perchè il dolore dell'angina pectoris può essere limitato all'area cardiaca o diffondersi alla spalla sinistra, al braccio, all'avambraccio, alle dita e perfino all'arto superiore dell'altro lato. Analogamente si spiega la varia diffusione del dolore appendicolare, della colica renale e simili.

G. DRAGOTTI.

Sulla cura della fosfaturia. — Al dott. F., Pinerolo:

Consigliamo, prima di iniziare qualsiasi cura, di *accertare* la diagnosi, che veramente si tratti cioè di una *eliminazione permanente di fosfati in eccesso*, e non di fisiologici intermittenti apparenti intorbidamenti dell'urina poco acida. Accertata la diagnosi, è consigliabile un'alimentazione ricca di carne e la somministrazione durante i pasti di una soluzione acida o di acido benzoico o di acido salicilico o anche di acido fosforico. Utile secondo Umber è la somministrazione di atropina a gocce (da mezzo milligrammo a 3-4 milligrammi al giorno). Si scelgano i cibi con scarso contenuto di fosfati, e l'uso di acque minerali povere di calcio e possibilmente acidule. Si abbia cura minuziosa anche delle lievi affezioni catarrali delle mucose urinarie, le quali possono predisporre alla formazione di calcoli.

T. PONTANO.

Pseudoleucemia. Cura. — Al dott. P. C., Caprara:

Tra i medicamenti, l'arsenico ad alte dosi conserva ancora la maggiore fiducia dei terapisti: la sua azione è però assai limitata e non riesce d'ordinario a modificare, al più lo rallenta, il fatale decorso della malattia.

La cura colle irradiazioni Roentgen si è dimostrata, nella esperienza moderna, di efficacia maggiore che non i medicamenti, però anche l'azione dei raggi X è transitoria; le ricadute della malattia sopravvengono a breve scadenza, e nessun caso si conosce di guarigione. Anche per i raggi X si può dire che essi ritardano l'esito fatale, ma sono lontani dal risolvere il problema della terapia delle leucemie.

T. PONTANO.

Osteopsatirosi. — All'abb. n. 9390:

L'« osteopsatyrosis », cui Ella si riferisce, non dipende da rachitismo ma deve considerarsi un'anomalia costituzionale, una malformazione congenita. Spesso ne è causa la sifilide dei genitori: è necessario accertarsene con le reazioni biologiche e al caso istituire la cura specifica. La cura sintomatica (olio di fegato di merluzzo fosforato, adrenalina) si deve tentare, ma è spesso inefficace.

R. POLLITZER.

VARIA

Vista e psicologia.

È indiscutibile la grande influenza che nella formazione del carattere e nella espressione di ogni atto della vita esercitano le funzioni organiche e particolarmente quelle sensoriali, fra le quali ha speciale importanza la vista. Squilibrii anche minimi di questa funzione influiscono, a lungo andare, sulla psiche e persino sull'atteggiamento somatico dell'individuo. Quando, all'approssimarsi della cinquantina, diminuisce il potere accomodativo e la vista si fa più debole, non è il solo incomodo di portare gli occhiali che dà uno stato di disagio, ma è l'intera visione della vita che si viene modificando. Queste prime avvisaglie della senescenza che si rivelano con la paresi dei sottili muscoletti ciliari, causa della presbiopia fisiologica, contribuiscono indubbiamente al mutamento del carattere e delle attitudini che si osserva a quella età. Assai sensibili sono poi le modificazioni che si vengono inducendo in seguito alla presbiopia in individui essenzialmente visivi, come sono i pittori, nei quali si può addirittura osservare un cambiamento della *maniera*, consecutivo a modificazioni della vista sopravvenute con l'età. È stato di fatto notato che nelle opere tardive di Turner e di Mulready si ha una predominanza dei toni azzurri e violacei. Egli è che, con l'avanzare degli anni la sostanza della lente cristallina perde di trasparenza e si sfuma di giallo, avendosi così uno schermo che assorbe e neutralizza più o meno i raggi azzurri e violetti dello spettro, sicchè il pittore ha bisogno di caricare maggiormente le tinte per vedere l'effetto desiderato. Casi analoghi di « violettismo da rifra-

zione» sono stati messi in luce anche per i dipinti tardivi di Luca Signorelli e dell'ottuagenario Francesco Podesti.

Ma ben più profonde modificazioni della psiche e persino dei caratteri somatici possono essere determinate dai vizii di rifrazione congeniti, i quali, nel colpire fin dalla più tenera età la funzione visiva, tanto importante nella vita di relazione, imprimono un marchio caratteristico per tutta la vita.

Nell'ipermetrope, la visione in lontananza è generalmente discreta e l'oggetto è veduto nel suo insieme e nella sintesi cromatica, pur avendosi la perdita dei particolari ed una certa deficienza nel senso della prospettiva. Corrispondentemente prevalgono in esso la sintesi, la veduta d'insieme, le reazioni motrici pronte, la irrequietezza muscolare, l'instabilità mentale, l'affollarsi delle idee. Ai segni obbiettivi indicati dal Ragnier, quali il polso frequente con intermittenze, l'emotività generale, l'ipoplasia cardio-vascolare, l'Angelucci che ha compiuto in proposito numerose ricerche, spaziando anche come il Patrizi nei campi dell'arte, ha aggiunto anche le osservazioni su altre anomalie degli ipermetropi. Si nota in essi, specialmente se il vizio di refrazione è di grado elevato, uno scarso sviluppo del cranio, con ossa piccole della faccia; l'indice di curvatura della cornea è aumentato ed anche irregolare. La *facies* è caratteristica (soprattutto nell'adulto in cui manca la mobilità dello sguardo) con il capo proteso, la fronte corrugata in una esagerazione dell'espressione mimica dell'attenzione. Nel fanciullo che va alla scuola, quando l'applicazione incomincia a farsi più intensa, si rilevano i primi sintomi di stanchezza visiva, con cefalee frontali, dolori ai bulbi oculari, vertigini, talora crisi convulsive e soprattutto deficienza nel profitto, che scompare quando l'uso di lenti adatte corregge l'ametropia.

Condizioni opposte noi troviamo nei miopi. Deficienti nella visione a distanza, costretti a guardare da vicino, essi eccellono nello studio del minuto particolare e riescono bene nelle scienze esatte, nel calcolo, nelle ricerche bibliografiche. A tali tendenze si intona anche il loro carattere. Per quanto poi riguarda l'organismo in genere, si nota nei miopi un grande sviluppo del sistema vasale, un tono eccitato del sistema nervoso cranio-sacrale, con eccitamento del ramo pelvico, donde la stitichezza spastica e le consecutive intossicazioni intestinali, che si ripercuotono a loro volta sull'occhio. La convergenza degli occhi che si aggiunge, contribuisce a dare uno stato di sguardo preciso, misurato, osservatore. L'Angelucci osserva però che la miopia, se è un difetto per l'individuo, non lo è invece per la vita sociale, in quanto che le scienze esatte, il diritto ed anche in parte la politica molto debbono alla psicologia del miope, guidata da una forte volontà e legata ad una causa organica di cui gli effetti si manifestano in un desiderio profondamente sentito, incitatore segreto di tutta una vita.

Anche l'astigmatismo si riflette sulla psicologia dell'individuo. Nella vita comune esso è associato agli altri vizî di rifrazione anche negli effetti generali; nei pittori invece può imprimere una particolare maniera di espressione artistica. Lo ha messo in rilievo il Patrizi per Amico Aspertini (un allievo, bolognese del Francia e del Costa) il quale, astigmatico per largo, ha la sua pittura caratteristica per le faccie schiacciate, la larghezza del diametro interpupillare, la latitudine delle spalle, specialmente delle donne. Più frequente è l'astigmatismo per lungo, quale si rileva per esempio nel pittore spagnuolo Domenico Alessio delle Greche, detto il Greco, con un'anatomia anormalmente lunga nei corpi dei Cristi e nei ritratti, nelle mani esageratamente lunghe. Anche in tal campo però non bisogna esagerare e ritenere astigmatici tutti quei pittori che allungano eccessivamente la figura, poichè altrimenti si dovrebbero giudicare tali in gran parte i primitivi. La moda, lo stile dell'epoca, le preferenze individuali vi debbono senza dubbio contribuire; ma è certo che il modo con cui l'individuo *vede* il mondo che lo circonda ha un'enorme influenza su tutte le sue manifestazioni. *fil.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Per l'uso della qualifica di specialista.

Il regio decreto 31 dicembre 1923, n. 2909, pubblicato nel n. 15 della *Gazzetta Ufficiale* del 1924, stabilisce che per esercitare le professioni indicate nella tabella annessavi — fra le quali sono comprese, oltre la medicina e chirurgia, la farmacia, la veterinaria, ecc. — è necessario superare l'esame di Stato dopo il conseguimento delle lauree o dei diplomi specificati dalla stessa tabella per ciascuna professione.

Ma le lauree o i diplomi che saranno conseguiti fino al 31 dicembre 1925 da coloro che, precedentemente alla pubblicazione del R. D. 30 settembre 1923, n. 2102, furono regolarmente iscritti a tutti gli anni di corso stabiliti dagli ordinamenti universitari per il conferimento delle lauree o diplomi cui aspiravano, avranno, agli effetti dell'abilitazione all'esercizio professionale, lo stesso valore delle lauree o diplomi conseguiti entro il 31 dicembre 1923.

L'art. 4 del suddetto decreto n. 2909 regola così l'uso della qualifica di *specialista*:

« La qualifica di specialista in qualsiasi ramo « di esercizio professionale può essere assunta « soltanto da coloro che abbiano conseguito il « relativo diploma secondo quanto sarà sta- « bilito dagli statuti delle Università e degli « Istituti superiori.

« Chi contravverrà alla disposizione di cui « al comma precedente incorrerà nell'esclusio- « ne dall'albo professionale nel quale è iscritto, « senza pregiudizio delle altre pene previste « per gli esercenti abusivi delle singole pro- « fessioni.

« Le disposizioni del presente articolo non si « applicano ai professori universitari di ruolo « e ai liberi docenti delle materie o parte di « materie che sono oggetto delle singole specia- « lità ».

Medici condotti ferroviari.

Il R. D. 31 dicembre 1923, n. 3082, pubblicato nel n. 24 della *Gazzetta Ufficiale* del 1924, così dispone all'art. 3:

« Nel personale provvisorio ed aggiunto delle ferrovie dello Stato viene iscritta una nuova categoria di medici, che assumono la qualifica di medico condotto e che saranno da preporsi a condotte ferroviarie istituende, in luogo dei reparti medici, nei centri urbani con popolazione ferroviaria non inferiore a mille agenti circa e che saranno di tre classi.

I medici condotti saranno assunti mediante concorso per titoli in qualità di provvisori e retribuiti, finchè tali, con stipendi mensili di L. 1100, 1200 e 1300 a seconda della classe della condotta cui saranno destinati.

Dopo almeno sei anni di lodevole servizio potranno passare nel personale aggiunto e in tal caso sarà ad essi assegnato uno stipendio annuo iniziale di L. 13,000, aumentabile ogni quadriennio di L. 1000, sino ad un massimo di L. 18,000, più un supplemento di servizio attivo di L. 1000, 2000, 3000 in relazione alla classe della condotta.

Le modalità per l'istituzione delle condotte e successive variazioni, per i relativi concorsi, per i passaggi da una all'altra condotta e per le vacanze che in seguito venissero a verificarsi, saranno deliberate dal Commissario straordinario.

Ai medici condotti saranno applicate le disposizioni del regolamento del personale provvisorio ed aggiunto e quelle che possono loro concernere del R. D. n. 2651 anzidetto, salvo quanto sia diversamente disposto dal presente decreto e dalle relative norme.

Ad essi sarà applicabile l'art. 2 del citato regolamento senza limiti di età ».

Controllo obbligatorio preventivo di alcuni sieri, vaccini e prodotti affini.

Con decreto Ministeriale 14 ottobre 1923 è stata sottoposta a controllo preventivo obbligatorio (con effetto dal 1° maggio 1924) la produzione a scopo profilattico e curativo, dei sieri antidifterico ed antitetanico, dei vaccini antitifico, antipestoso e anticolerico, del vaccino jenneriano e degli arsenobenzoli. Le norme che disciplinano nella pratica attuazione questo controllo, mentre assicurano il conseguimento di un'alta finalità di carattere sanitario, predispongono un ordinamento procedurale di sicura speditezza e semplicità in modo da evitare ogni pregiudizio alla fabbricazione ed al commercio dei prodotti.

Sono esenti dal controllo preventivo i suindicati prodotti fabbricati all'estero quando venga esaurientemente dimostrato che il controllo seguì nei paesi di produzione con tutte le garanzie richieste dalle leggi del nostro paese.

QUESTIONI PRATICHE.

XXII. — Dispensa del personale degli enti locali assunti prima o dopo la guerra.

A norma degli articoli 1 e 2 del decreto 27 maggio 1923, n. 1177, la dispensa dal servizio, resa necessaria dalla riduzione dei posti, poteva e può eventualmente colpire l'impiegato degli enti locali qualunque sia la data dell'assunzione in servizio, anteriore cioè o posteriore

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

al 24 marzo 1915, non facendosi eccezione per gli impiegati assunti prima della guerra.

Vero che l'art. 2 del decreto fa obbligo alle amministrazioni degli enti locali di osservare « in quanto siano applicabili » le norme stabilite nell'art. 3 del R. D. 28 gennaio 1923, n. 153, per le amministrazioni dello Stato; ma le norme ivi contenute si riferiscono alle categorie di impiegati ed agenti rispetto ai quali, nel concorso di determinate condizioni e requisiti, « non si applicano le dispense dal servizio ». Nessun'altra disposizione del decreto n. 153 all'infuori di quella dell'art. 3 sopra richiamata, può estendersi nell'applicazione del decreto n. 1177, tanto più che si tratta di amministrazioni e di personali differenti.

(Consiglio di Stato, Sezione IV; decisione 29 febbraio 1924, ric. Tassi).

XXIII. — Decorrenza dei termini per ricorrere.

Agli effetti della decorrenza del termine per ricorrere alla giurisdizione amministrativa costituisce equipollente della notificazione la conoscenza del provvedimento risultante da ricorso o reclamo dell'interessato ad altra autorità.

Questa regola ormai assodata ha confermato la IV Sezione del Consiglio di Stato con decisione 28 marzo 1924, n. 128, dichiarando irricevibile il ricorso prodotto dal dottor Troiani Crispino contro una deliberazione di nomina in seguito a concorso, perchè, pur non essendogli stato notificato il provvedimento, egli aveva presentato reclamo al Prefetto e dalla data di questo atto, diretto ad autorità incompetente, era decorso il termine di 60 giorni per il ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato.

Segnaliamo questa regola perchè è frequente il caso di reclami al Prefetto o alla G. P. A. presentati dagli interessati contro deliberazioni non notificate, per le quali è ammesso invece il ricorso alla giurisdizione amministrativa. In questi casi, col reclamo all'organo incompetente si dimostra di avere conoscenza del provvedimento e da tale data decorre il termine per il reclamo all'autorità competente, anche se l'atto non sia stato notificato.

XXIV. — Una strana decisione circa i ricorsi contro i provvedimenti eccezionali per la riforma degli organici.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 28 marzo 1924, n. 126, ha considerato che le deliberazioni concernenti riforme di organico, essendo soggette ad approvazione tutoria, sono suscettibili di ricorso in sede gerarchica — salvo il ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato contro il provvedimento definitivo sul ricorso gerarchico — anche si si tratti di riforma e di dispensa dal servizio deliberata in forza dei decreti 27 maggio e 24 settembre 1923.

« In altre parole, dice la decisione, i ricorsi eventualmente prodotti avverso queste deliberazioni devono ritenersi in realtà diretti contro le decisioni tutorie, le quali, come si è già detto, sono suscettibili di impugnativa in via gerarchica. Si aggiunga poi, nella specie, che i ricorsi di cui trattasi investono la deliberazione commissariale principalmente nella parte concernente la riforma della pianta organica del personale daziario comunale. Ora siffatta deliberazione, *anche se fosse* stata adottata invece che dal R. Commissario, dalla ordinaria rappresentanza municipale doveva riportare l'approvazione della G. P. A. a norma dell'articolo 170 della legge Comunale e Provinciale rimanendo sempre ferma la competenza tutoria per le deliberazioni che, per la revisione dei regolamenti o delle tabelle organiche, le amministrazioni comunali dovevano adottare in applicazione del R. D. 27 maggio 1923, n. 1177, *questo, non avendo in proposito apportato alcuna deroga alla norma comune* ».

Questa decisione è effetto, evidentemente, di UNA SVISTA.

La deroga alla norma comune è stabilita dall'art. 4 dello stesso decreto 27 maggio 1923, il quale così dispone: « *contro i provvedimenti di cui al presente decreto è ammesso ricorso soltanto per legittimità alla IV Sezione del Consiglio di Stato* od in via straordinaria al Re, esclusa qualsiasi azione giudiziaria ».

Una disposizione più chiara di questa non è possibile. D'altra parte, la stessa IV Sezione, pur non avendo esaminato espressamente tale questione, ha con molte decisioni e costantemente giudicato del merito dei ricorsi contro deliberazioni delle amministrazioni ordinarie o dei Commissari regi e prefettizi concernenti riforme di organico, riduzioni di posti e dispense dal servizio in applicazione dei citati decreti: il giudizio circa il merito presuppone l'ammissibilità del ricorso proposto *direttamente* contro la deliberazione dell'ente locale, considerata provvedimento definitivo non suscettibile di ricorso gerarchico. Non è il caso di dimostrare, con questa nota informativa e con maggiore larghezza di sviluppo, l'errore evidente della decisione sopra indicata.

La segnaliamo anche per evitare che siffatta risoluzione induca in equivoco.

Si deve ritenere invece che questo caso rimanga isolato e che la giurisprudenza della IV Sezione non si allontani dalla norma seguita prima e dopo di esso.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Nuovi Consigli degli Ordini.

CALTANISSETTA. — *Presidente*: dott. Ignazio Scarlata; *segretario*: dott. Antonio Cammarata; *tesoriere*: dott. Paolo Trobia; *consiglieri*: dottori Salvatore Mancuso, Ignazio Di Giovanni, prof. Vincenzo Salvati, dott. Pasquale Benza.

ISTRIA-POLA. — *Presidente*: dott. Giovanni Padovani; *segretario*: dott. Eugenio Petz; *tesoriere*: dott. Giovanni Bilugaglia; *consiglieri*: dottori Fulvio Cleva, Francesco Marinoni, Andrea De Manzolini, Giorgio Rossignoli.

PAVIA. — *Presidente*: prof. Angelo Nicolato; *vicepresidente*: dott. Carlo Omodei-Zorini; *segretario*: dott. Luigi Milanesi; *tesoriere*: dott. Costanzo Arrigoni; *consiglieri*: dott. Emilio Busnengo, prof. Giovanni Masnata, dott. Francesco Pezze.

REGGIO EMILIA. — *Presidente*: dott. Giuseppe Tonelli; *segretario*: dott. Aristide Ganasci; *tesoriere*: dott. Augusto Righi; *consiglieri*: dottori Giuseppe Camurri, Aurelio Oleari, prof. Cesare Sormani, dott. Attilio Valli.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione; vedi fasc.* 15).

	Lire
Dott. Scabia Luigi, Volterra	20
Dott. Benini Giuseppe, id.	20
Dott. Pochini Ermanno, id.	20
Dott. Bini Tersilio, id.	20
Dott. Natoli Antimo, id.	20
Dott. Giusti Giuseppe, id.	20
Dott. Antognoli Giulio Cesare, Roma	10
Dott. Cinti Francesco, id.	50
Osp. Civ. di S. Maria della Scala, Siena	300
Prof. De Blasi Dante, Napoli	100
Ospedali Riuniti di Roma	500
Dott. Gargasole Don., id.	30
Dott. Amato Costantino e Soci del Circolo Roma, Adalia	949
Dott. Codurri Luigi, Roviano	30
Osp. Civ. di Civitavecchia	50
Dott. Caldi Felice, Fornacette (Pisa)	20
Dott. Giagnoni Guido, Pratovecchio	10
Dott. Pedrazzini Italo, Sondrio	10
Dott. Grossi Tommaso, Frascati	15
Prof. Geronzi Gaetano, Roma	50
Prof. Memmi Alizzardo, Grosseto	30
Dott. Silvestroni, Grosseto	25
Dott. Trotta, id.	25
Dott. Perego Francesco, Arezzo	10
Dott. Miracapillo Gennaro, Celleno	20
Dott. Malfitano Alberto, Roma	20
Dott. Mandolesi Ferrini Mario, Belmonte Pic.	10
Dott. Bochicchio Mario, S. Croce del Sannio	10
Dott. Petrilli Amerigo, Palombara Sabina	15
Dott. Senigallia Augusto, Roma	10
Dott. Narducci Domenico, id.	25
Dott. De Marco Salvatore, id.	10
Dott. Tronconi Tito, Sora	25
Dott. Pianucci Dino, Ponte Buggianese	10
Dott. Tretola Carmine, Castel Madama	15
Dott. Cuntè Giovanni, Ferrara Erbognone	20
Dott. Sacerdote Achille, Voghera	10
Dott. Medulla Candido, Tobruk	25

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AQUILA. *Congregazione di Carità.* — Medico primario dell'Ospedale Civico S. Salvatore; L. 6000 e compensi cure ai paganti in proprio. Docum. alla Segreteria entro le ore 12 del 10 mag. Età lim. 45 al 29 mar. Triennio di aiutato in clin. od osped. principale. Serv. entro 15 giorni.

BELGRADO (*Serbia*). - *Facoltà Medica dell'Università.* — Concorsi alle cattedre d'igiene e di radiologia; vedi fasc. 15. Scad. 15 mag.

CENTO (*Ferrara*). — Scad. 10 mag. Stip. L. 10,000 e 5 quadrienni decimo; quota complem. L. 3000 (rivedibile ogni anno). Cartol.-v. di L. 50.15 tassa concorso.

GIOVE (*Perugia*). — A tutto 20 mag.; resid. lire 6000, primo c.-v., L. 1000 condotta povera se meno di 300 paganti, L. 500 uff. san. Vaglia di L. 50.15 intestato al Comune. Serv. entro 15 g.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Uffic. sanit. del capoluogo; L. 13,500 e 5 quadrienni decimo; c.-v. in L. 1,200 se coniugato, L. 780 se celibe; è consentito il libero eserc. Ab. 35,866 su 392 ettari. Scad. ore 12 del 20 maggio.

MESTRE (*Venezia*). — Scad. 10 mag. Direttore del dispensario comunale per la sifilide e le mal. veneree; nom. biennale salvo conferme biennali; L. 3000 anno. Domande perfettamente documentate alla Prefettura di Venezia cui potranno essere richieste maggiori informazioni.

MONTEBELLUNA (*Belluno*). Scad. 15 mag. L. 10.000, compresa direz. Osped. civile; mezzo trasp. L. 2500; due c.-v.

PRATOVECCHIO (*Arezzo*). — Scad. 7 mag.; stip. L. 9000, cav. L. 3000 (variabile), c.-v.; 4 quadrienni di L. 500. Quitanza di L. 50 rilasciata dall'esattore-tesoriere del Comune.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Scad. 16 mag.; conc. per esami a 20 posti di tenente medico in serv. attivo perm.; stip. iniz. L. 9000; supplem. L. 600; indenn. milit. L. 1800; c.-v.; quadrienni di L. 800; computo serv. di complem. in guerra; età lim. 30 al 18 mar. Esame il 16 giug. in Roma. Norme nella «Gazz. Uff.» dal 25 mar. 1924.

S. ANTIMO (*Napoli*). — Scad. ore 14 del 10 mag. L. 5000 (*sic*) senza aum. nè c.-v. Tassa a mezzo di vaglia per L. 50.10 intestato al Tesoriere Comunale. Certif. uff. san. Età lim. 35. Laurea da 5 anni; biennio di condotta o assistentato in «ospedale clinico».

SPERLINGA (*Catania*). — Stip. L. 5000 (*sic*); per uff. san. L. 500; indennità provvista medicine lire 1500. Scad. 30 giug. Rivolgersi Segreteria comunale. Cartolina-vaglia di L. 50, intestata al Tesoriere Comunale.

TERAMO. *Congregazione di Carità.* — Medico primario direttore dell'Ospedale Civile di S. Antonio Abate; Stip. L. 6000, un sessennio del decimo e uno del dodicesimo; assegno direzione L. 3000; 60 % tasse malati paganti. Scad. ore 12 del 15 mag. Età lim. 45. Biennio di prova. Serv. entro un mese. — Chirurgo primario. Stesse condizioni salvo l'assegno direzione.

TRAVO (*Piacenza*). — Scad. 5 mag. Consorzio del Perino (comuni di Travo e Coli). L. 9500 e 5 quadrienni decimo; primo c.-v.; L. 5000 cavalc.; L. 400 ambulat. Età mass. 40.

Medico-chirurgo trentunenne, perfezionato in malattie interne, ostetricia-ginecologia, malattie di bambini, già aiuto di ospedali, pratico condotte, cerca interinato remunerativo, posto ospedale o clinica privata. Scrivere: Dott. C. - Istituto Farmacologico Italiano, Via 3 Cannelle 15, Roma.

Infermiera tedesca, seria, buonissime referenze, cerca posto in sanatorio, clinica privata per bambini o ginecologia (allieva del professore Dehrer-Dresden, diploma. — Johanna Lenk, Via Terza Armata, 26, III, Trieste.

Diffide.

«Il Sindacato Fascista Medici Condotti della Provincia di Novara diffida tutti i medici — condotti o non — a non concorrere al posto di n. 2 medici assistenti del Monte di Pietà di Novara, bandito a L. 1400 (gravate di R. M. e contributo Cassa Pensioni) scadente il 10 maggio: condizioni indecorose, umilianti ed avvilenti per tutta la Classe Medica».

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze.* — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Premio Umberto I. Vedi fasc. 11. Scad. 31 dicembre 1924.

MILANO. *Municipio.* — Due premi della Fondazione dott. A. Beretta. Vedi fasc. 15. Scad. ore 12 del 28 feb. 1926.

MILANO. *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.* — Due premi della *Fondazione Fossati* per l'importo di L. 2000 ciascuno; temi: «Delle fini alterazioni del sistema nervoso nella fatica grave»; e «Ricerche anatomiche originali sul sistema nervoso»; scadenza ore 15 del 1° apr. 1925 e ore 15 del 31 dic. 1926, rispettivamente. — Premio della *Fondazione Ernesto De Angeli,* per l'importo di L. 5000, per invenzioni, studi e disposizioni aventi per iscopo la sicurezza e l'igiene degli operai nelle industrie;, scad. ore 15 del 31 dic. 1926.

ROMA. *Associaz. Profess. Dermosifilografi Italiani.* — Premio Locatelli. Vedi fasc. 45 del 1923. Scad. 15 maggio 1924.

ROMA. *R. Università.* — *Premio Baccelli* di Fondazione dell'Istituto Nazionale medico-farmacologico in Roma, consistente in *una medaglia d'oro al merito clinico.* Possono concorrere i laureati in medicina e chirurgia, appartenenti alla classe dei Professori ed Assistenti universitari o addetti ai servizi di uno qualsiasi fra gli Ospedali italiani. Istanza (su carta legale da L. 2) al Rettore non più tardi del 15 giugno, corredate dei lavori e delle pubblicazioni nel ramo della clinica medica o della terapia medica. Il concorso verrà espletato possibilmente entro il 31 dicembre 1924.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Risultato del concorso bandito dal Ministero del Lavoro per studi inerenti alle assicurazioni sociali.

Con decreto 30 gennaio 1922 il Ministero del Lavoro bandì un concorso nazionale a premi su argomenti in relazione al diritto vigente in materia assicurativa contro gli infortuni e le malattie professionali e alla sua trasformazione. I temi prescelti furono 4 e per ciascuno di essi furono istituiti un premio di L. 8,000 e due premi di L. 4,000. La Cassa Nazionale Infortuni istituì, in aggiunta ai precedenti, altri due premi da L. 2,000 per ciascun tema. La commissione giudicatrice ha esaurito in questi giorni il suo compito. Essa era così composta: presidente sen. Carlo Ferrari; membri: prof. Messina, ordinario di procedura civile alla Università di Palermo; prof. Biondi, ordinario di medicina legale a Siena; prof. Devoto, direttore della Clinica del Lavoro di Milano; prof. Alessandri, direttore della Clinica Chirurgica di Roma; prof. Loriga, ispettore medico capo del Lavoro; dott. Calamani, direttore generale della Previdenza. Il giudizio emesso è stato il seguente:

I Tema: *Memoria teorico-sperimentale sui nuovi orizzonti della igiene e della profilassi nelle industrie pericolose.* — Nessun lavoro fu giudicato meritevole di premio.

II Tema: *Memoria di carattere medico, giuridico e tecnico-assicurativo sulle malattie del lavoro.* — Assegnati 3 premi: 1) prof. Aristide Ranelletti; 2) dott. Nascimbene; 3) prof. Gino Prosperi.

III Tema: *Memoria medico-legale sugli oneri, limiti e finalità, delle cure a vantaggio degli infortunati sul lavoro.* — Assegnati tutti e cinque i premi: 1) prof. Antonio Mori; 2) (due secondi premi riuniti) prof. Camillo Tovo; 3) dott. Oreste Bellucci; 4) dott. Giuseppe Gabrielli.

IV Tema: *Studio giuridico su la magistratura, la rappresentanza e la difesa nelle controversie fondate su i rapporti assicurativi. La perizia e la autopsia come elementi integrativi del giudizio. (Storia legislativa comparata; direttive manifestatesi nel campo della esecuzione e della pratica).* — Furono assegnati due premi soltanto (2° e 3°); il primo ad una memoria scritta in collaborazione dai proff. Arnolfo Ciampolini e Leoncini; l'altro ad una memoria del prof. Salvatore Diez. Le memorie premiate saranno pubblicate, con la relazione della commissione, dal Ministero della Economia Nazionale.

Il colonnello medico dott. Carlo Gualdi, direttore di Sanità del Corpo d'Armata di Napoli, è promosso maggiore generale.

NOTIZIE DIVERSE.

I Congressi di Milano.

Milano adunerà dal 20 al 31 ottobre una numerosa falange di medici convocati a Congressi diversi concatenati fra loro.

Uno di Chirurgia sarà organizzato da un Comitato presieduto dal prof. Baldo Rossi; a quello di Medicina Interna attende il prof. Devoto; il prof. Lasio organizzerà quello di Urologia; il prof. Galeazzi quello di Ortopedia.

In tutti verranno discussi importanti temi.

L'E. N. I. T., ha accettato di predisporre le più congrue combinazioni per assicurare il soggiorno ai medici che si recheranno a Milano.

Congresso italiano di pediatria.

È convocato a Sassari nell'ottobre 1924. Per le Relazioni sono stati scelti i temi seguenti:

1. « Determinazione del fabbisogno alimentare nel bambino ». Relatori: dott. Dario Caffarena (Genova); prof. Camillo Pestalozza (Milano);

2. « Diatesi e costituzioni nell'infanzia ». Relatori: prof. Guido Berghinz (Padova); prof. Tullio Luzzatti (Roma);

3. « Le istituzioni parascolastiche e la loro importanza igienico-sociale ». Relatore: dott. Mario Raspi (Firenze).

La Società italiana di ostetricia e ginecologia.

Terrà a Napoli il XXIII Congresso nei giorni 2 e 6 maggio prossimo. Oltre a numerose comunicazioni vi saranno due relazioni: una del prof. Acconci, direttore della Clinica ostetrica e ginecologica di Parma: « Cura della eclampsia »; e l'altra del prof. Cappellani, direttore della Clinica ostetrica e ginecologica di Messina: « Sifilide genitale ».

II Congresso dell'Associazione Italiana delle dottoresse in medicina e chirurgia.

Si adunerà a Roma nei giorni 14-16 maggio. I temi proposti sono i seguenti:

1. Indirizzo professionale delle medichesse in Italia:

a) Attività passata (ciò che è stato fatto nel campo scientifico, professionale, sociale), relatrice dott. Myra Carcupino Ferrari;

b) Attività futura (campi di azione, posizione nelle pubbliche amministrazioni e nella medicina), relatrici: dott. Ester Bonomi, dott. Elena Fambri.

2. La donna in Pediatria (relatore: prof. Francesco Valagussa).

3. La donna e l'assistenza igienico-sanitaria in Italia (relatrice: dott. Maria Gasca Diez).

La profilassi antitubercolare e le infermiere visitatrici (relatrice: dott. Clelia Lollini).

4. Protezione della donna e del fanciullo nel lavoro (relatrici: prof. Angiola Borrino, dott. Livia Lollini).

5. Comunicazioni varie.

L'adesione al Congresso (quota individuale L. 20) deve essere inviata alla dott.ssa Maria Gasca Diez, Croce Rossa Italiana, via Toscana, 12, per ottenere la tessera con il ribasso ferroviario. Anche i colleghi possono aderire. Relazioni e comunicazioni dattilografate vanno inviate alla Presidente dell'Associazione Nazionale Italiana fra le Dottoresse in Medicina e Chirurgia, dott.ssa Carcupino Ferrari, Salsomaggiore.

Del Comitato ordinatore del Congresso è presidente la dott. Maria Gasca Diez e segretario la dott. Clelia Lollini.

Congresso per lo studio delle questioni sessuali.

La II Riunione Nazionale della Società italiana per lo studio delle questioni sessuali avrà luogo in Napoli nei giorni 30 aprile-2 maggio, contemporaneamente alla XIII Riunione della Società italiana per il progresso delle scienze. La Riunione di Napoli è organizzata, d'accordo con la Segreteria della Società, dal Gruppo Napoletano. Annunci di comunicazioni e domande di schiarimenti vanno indirizzate all'on. prof. Pietro Capasso, Napoli (10), Concezione a Montecalvario 48.

Per i ribassi ferroviari i soci potranno usufruire di quelli per la Riunione della Società per il progresso delle scienze o dei Festeggiamenti per il VII Centenario della fondazione dell'Università di Napoli.

Quota sociale L. 32 in Italia, L. 40 all'Estero.

Temi in discussione: *a*) L'educazione sessuale nelle scuole; *b*) Il certificato prematrimoniale: *c*) Lega contro il pericolo venereo.

II Convegno Nazionale dei medici infortunisti e degli studiosi di Assicurazioni sociali.

La Federazione fra Medici Infortunisti e studiosi delle Assicurazioni sociali, memore del successo del Primo Convegno tenutosi a Torino nel gennaio dell'anno 1922, invita i medici, i rappresentanti degli Enti assicurativi statali e parastatali, delle Organizzazioni padronali ed operaie sindacali, delle Società di Assicurazione, degli Istituti di patrocinio degli operai, ed in genere tutte le persone che per ragioni di studio o di professione si occupano di infortuni sul lavoro, ad un secondo Convegno che si terrà a Venezia nei giorni 1-3 giugno.

Fra le questioni che rivestono particolare importanza in infortunistica, e che attendono ancora una risoluzione concorde nella teoria e nella pratica, i promotori del Convegno hanno creduto opportuno scegliere quelle che riguardano: 1. « La valutazione dell'infortunio nel caso di concorso di invalidità e di concausa di lesione », relatori proff. Tovo e Pometta; 2. « Indicazioni e risultati delle cure di restaurazione funzionale degli infortunati », relatori proff. Delitala e Prosperi.

La quota d'iscrizione al Congresso è fissata in L. 15. Per adesioni, informazioni, ecc., rivolgersi alla Federazione Italiana Medici Infortunisti, via dei Mille, 16, Torino. Per prenotazioni negli alberghi rivolgersi al dott. A. Dian, Campo S. Stefano, 2768, Venezia. Le sedute del Convegno avranno luogo all'Ateneo Veneto, Campo S. Fantin. Esse saranno distribuite in modo che i congres-

sisti possano assistere a quelle sedute del Congresso di Medicina del Lavoro che sarà tenuto negli stessi giorni a Venezia, le quali interessano in modo più particolare gl'infortunisti.

Opere Romane di Beneficenza ed Assistenza.

Si sono costituite in una Federazione che ha assunto il nome di «Opere Federate Assistenza Romana» (O. F. A. R.). A presidente del Comitato Esecutivo è stata acclamata donna Bice Tittoni.

Costituenda Lega italiana contro il pericolo venereo.

Un gruppo di volenterosi, sotto gli auspici della Società italiana per lo studio delle questioni sessuali, della Società italiana di Dermatologia e Sifilografia, dell'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani e dell'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, si sono costituiti in Comitato provvisorio per promuovere nel nostro paese la formazione di una *Lega italiana contro il pericolo venereo,* la quale dovrà eventualmente aderire all'Unione internazionale e, di pari passo con l'opera che svolgerà all'interno, collaborare con quella, ai comuni fini di studio e di propaganda.

Una riunione preliminare avrà luogo nella sede dell'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale (Palazzo Sciarra, via Minghetti, n. 17, Roma), il 25 maggio, alle ore 16.

Per ogni schiarimento rivolgersi al prof. Vincenzo Montesano, Roma (20) via Campo Marzio, n. 69.

Associazione tra i medici radiologi professionisti di Roma.

Si è costituita l'associazione tra i Medici Radiologi professionisti esercenti in Roma, allo scopo di salvaguardare la dignità dell'esercizio radiologico e di tutelare il pubblico di fronte agli esercenti della radiologia improvvisati e non provvisti dell'adeguata preparazione in una disciplina che importa gravi responsabilità diagnostiche e curative.

Hanno aderito i medici radiologi dottori Attilj, Bianchini, Cerutti, Coleschi, De Luca, Esdra, Lanzi, Moretti, Pampiglione, Pazzi, Saraceni, Serena.

Lotta contro il cancro.

Nell'Istituto di Radiologia della R. Università al Policlinico, si sono riuniti sotto la presidenza del prof. Ghilarducci — direttore dell'Istituto — i membri del Consiglio Direttivo del Centro Laziale di lotta contro il cancro.

Il presidente tracciò le linee del programma che il Centro Laziale si propone di svolgere nel campo della profilassi e della cura. Chiarì anche le difficoltà da superare nei riguardi della propaganda e del finanziamento proclamando la necessità di creare nel pubblico profano e medico la coscienza della curabilità del cancro, coronata — non di rado — da felice successo, specie se intrapresa nel periodo iniziale.

Il prof. Pestalozza riferì sull'opera del Comitato di Igiene in seno alla Società delle Nazioni e delle deliberazioni dei Congressi di Parigi e di Ginevra, dove l'illustre ginecologo rappresentava l'Italia.

Furono prese importanti deliberazioni, specialmente allo scopo di ottenere la collaborazione della stampa per quanto concerne i più pratici mezzi di attuazione.

La riunione si chiuse con unanime approvazione all'opera piena di fervore del prof. Ghilarducci.

Lotta contro il gozzo endemico.

L'opera del Comitato Valtellinese, creato alla fine del 1921 dalla Deputazione Provinciale di Sondrio, ha potuto svolgersi conforme al programma prefissato, grazie all'appoggio degli Enti locali, della Direzione Generale di Sanità, delle Casse Nazionali di Assicurazione, dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, della Croce Rossa Italiana.

L'opera del Comitato si è esplicata specialmente con la distribuzione ai fanciulli di cioccolatini iodati (contenenti minime quantità di iodostarina o di ioduro sodico) e con la propaganda; esso si propone anche la vendita di sale da cucina iodato (contenente minima quantità di ioduro potassico).

Pro lebbrosi.

Nell'Aula Magna del Palazzo della Cancelleria in Roma ha avuto luogo una conferenza del professore Vincenzo D'Amato, fondatore e presidente dell'Opera Francescana internazionale pro-leprosis, sul tema: «La lebbra, le missioni cattoliche e l'Opera pro-leprosis». L'oratore ha posto in chiara luce l'apostolato specifico dei missionari cattolici nelle varie parti del mondo. La conferenza fu illustrata da proiezioni. Venne distribuito largamente fra gl'intervenuti il primo fascicolo della nuova rivista «Caritas-Scientia», organo ufficiale e periodico di propaganda dell'opera.

Corso per aspiranti ufficiali sanitari.

Si terrà a partire dall'8 maggio, nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Padova. Tassa L. 300.50, sopratasse L. 95.50.

Per l'Università di Bari.

Il Comitato provvisorio nominato dal Prefetto della Provincia per formare la convenzione richiesta dalla legge per la fondazione dell'Università Pugliese ha assolto il suo compito nei termini stabiliti.

Nello schema di convenzione approvato è innanzi tutto stabilito che l'Università comincerà a funzionare dal 1° ottobre 1924, con la Facoltà di medicina e chirurgia e con la Scuola di farmacia, l'una e l'altra al completo.

La R. Università avrà la sua sede principale nell'edificio dell'«Ateneo» di proprietà della Provincia e del Comune, che lo cedono all'Università per otto anni con il canone annuo di L. 300.

Le cliniche oculistica, dermosifilopatica, e ostetrico-ginecologica saranno allogate presso l'Ospe-

dale civile; quella pediatrica presso l'Ospedale dei bambini, alle condizioni che formano oggetto di altra convenzione fra l'Università e le rispettive Amministrazioni dei due Enti ospedalieri.

Alle spese d'impianto della R. Università si provvederà:

a) con la somma di L. 11,100,000 mutuata dalla Provincia di Bari per conto dell'Università medesima;

b) con la somma di L. 100,000 destinata dalla Camera di Commercio di Bari all'impianto dei Gabinetti Scientifici;

c) con la somma di L. 200,000 stanziata dalla Amministrazione Provinciale di Foggia.

Alle spese di esercizio sarà provveduto, oltre che col contributo annuo dello Stato (L. 1,285,000) e del Comune di Bari (L. 300,000), con i contributi stanziati da tutti i Comuni della Provincia barese, che ammontano complessivamente ad oltre L. 200 mila, e con quelli degli altri Enti della regione, fra i quali vanno specialmente segnalati i Comuni di Foggia e di Taranto, il primo dei quali concorre con annue L. 80,000, e il secondo con L. 50,000 aumentabili di L. 10,000 all'anno per ogni nuova Facoltà che s'istituisca in seguito.

La Croce Rossa Italiana pel disastro amalfitano.

Appena giunte notizie dei danni e delle vittime, prodotte nella costa amalfitana, il Presidente della Croce Rossa Italiana, sen. Ciraolo, mise a disposizione delle autorità centrali e locali, i mezzi della organizzazione sociale e dispose che il Comitato di Napoli della Croce Rossa Italiana, in armonia con i provvedimenti delle autorità, desse intanto opera e concorso per alleviare nei limiti della sua possibilità la grave sciagura.

Per accordi intervenuti fra il Prefetto di Salerno, il Presidente del Comitato della Croce Rossa ed il Comitato Centrale di Roma, una squadra di pronto soccorso portò sui luoghi del disastro un attendamento completo per i ricoveri urgenti, un corredo di coperte, di indumenti lettereccì e personali, di latte condensato e di altri generi di conforto.

In seguito a questo magnifico contributo il presidente del Comitato della C. R. I. di Napoli ha ricevuto il seguente telegramma dal Commissario Prefettizio di Amalfi, Presidente del Comitato di soccorso:

« Nome Amalfi, popolazioni colpite immane di-« sastro rinnovo ringraziamenti vivissimi magni-« fico contributo portato Croce Rossa generosa « offerta suo autorevole efficace intervento. Os-« sequi ».

L'Accademia di scienze mediche e naturali di Ferrara.

Ha celebrato l'8 marzo il 1° centenario della sua fondazione, con discorsi del sindaco comm. Caretti, del prefetto comm. Giovara, del rettore magnifico prof. Sitta; seguì l'oratore ufficiale, prof. Tambroni, che rievocò le vicende e le glorie dell'istituzione: questa fu avviata nel 1922-23 da Alessandro Colla con la *Conversazione Medica*, la quale fu il primo inizio dell'Accademia.

Per la lapide ai medici romani caduti in guerra.

Si rammenta che è tuttora aperta la sottoscrizione per la lapide ai medici romani caduti in guerra.

Le offerte devono essere inviate al tesoriere dell'Ordine dei Medici di Roma, prof. Zevi (piazza Foro Traiano, 1 - Roma).

Conferenze del dott. Voronoff.

Il dott. Sergio Voronoff ha tenuto varie conferenze, a Nizza, Torino, Roma, ecc., nelle quali ha esposto le sue esperienze e le sue concezioni sugli innesti glandolari e sulle applicazioni di cui sono suscettibili per il ringiovanimento e nella zootecnia.

L'esposizione, rigorosamente scientifica, è stata illustrata da proiezioni e da cinematografie ed ha riscosso plausi e consensi dal pubblico, costituito in larga parte da competenti.

L'Assoluzione del prof. Spinelli.

La Sezione d'accusa del Tribunale di Napoli ha deliberato non farsi luogo a procedere contro il prof. Spinelli, essendo risultata calunniosa l'accusa per la quale era stato perfino tratto in carcere.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Napoli, mentre si è compiaciuto per il riconoscimento della correttezza del collega, ha vivamente protestato contro alcune affermazioni del Magistrato inquirente ingiuriose per la classe medica.

Nella sentenza infatti è detto che non poche fortune così dette scientifiche sono dovute alla prestazione dell'esperienza e dei mezzi sicuri di una lunga pratica professionale a chi, non volendo aver figli, è in grado di rimunerare largamente le persone dell'arte.

Il 3 del corrente mese serenamente spegnevasi in Roma la nobile esistenza di Donna RITA PEREZ SEISMIT-DODA, consorte del prof. Giovanni Perez, ordinario di Patologia Speciale Chirurgica nella R. Università di Roma.

Dotata di eccelse qualità morali, di superiore intelligenza, di fine cultura, diplomata infermiera in varie Scuole straniere, fu in Italia la pioniera dell'assistenza sanitaria, alla quale dedicò i migliori anni e tutta se stessa. Nelle Cliniche di Roma, dove tanto cooperò, sostenuta dall'appoggio della nostra beneamata Sovrana, alla fondazione della Scuola Infermiere Regina Elena, a Pavia ed a Milano poi, dove fondò la Scuola Samaritana Regina Elena e la Scuola Principessa Iolanda, fu instancabile organizzatrice prima e durante la guerra delle Donne Infermiere, contraendo quel morbo che in pochi anni doveva condurla nel regno dei più.

Vadano le nostre sentite condoglianze al ch.mo prof. Perez per la irreparabile perdita dell'illustre consorte, al figlio diletto Marcello ed ai parenti tutti.

Pand.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. de Méd. de Paris, 15 mar. — M. LABBÉ. La cura di digiuno.

Riv. Ospedal., 15 feb. — P. PANCRAZI. Terapia chirurgica della tbc. polm. e toracoplastica.

Pensiero Med., 10 mar. — E. BANAUDI. Squilibri endocrini nella tbc. polm. — 20 mar. F. DURAND. Tbc. polm. e mestruazione.

Journ. Sc. Méd. de Lille, 2: mar. — M. D'HALLUIN. La lotta contro il cancro.

Boston M. a. S. Journ., 6 mar. — H. C. STUART, E. S. O'KEEFE. L'eczema infantile.

Rev. Españ. de Med. y Cir., mar. — T. CARRERSES. Risultati del trattamento delle affezioni benigne della tiroide, del timo e della prostata.

Medic. Ital., feb. — E. BAJLA. Considerazioni epidemiologiche sulla febbre tifoide. — G. VIALE. Radioattività e fenomeni vitali.

Prensa Méd. Argent., 20 feb. — R. PODESTÀ. L'Otite media scarlattinosa a forma necrosante.

Stomatologia, gen. — C. GAVINA. Cura chirurgica delle cisti dentali radicolari.

Rinasc. Medica, 1° apr. — M. LEVI BIANCHINI. Aspetti e valori della psicanalisi. — C. RIZZO. Come si deve inattivare il siero per la R. di W.?

New York St. Journ. Med., 14 mar. — J. F. N. MEACHER. Perchè gli alienisti discordano nelle perizie criminali.

Pediatria, 1° apr. — S. BARBERI. Restauro dei proteici del sangue nel kala-azar. — A. DE CAPITE. Gelatinizzazione del siero di sangue nella leishmaniosi infantile.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 15 mar. — A. CASTELLANI. Micologia medica.

Presse Méd., 26 mar. — E. LENSÉ, L. DE GENNES, V. MAHAR e L. J. COLANÉRI. Radiologia del rachitismo; azione curativa dei raggi ultra-violetti. — R. BURNAND. Il pneumotorace guarisce la tbc.? — I. ELGART. L'ebosteotomia (pubiotomia) da scollamento frontale.

Rass. Internaz. di Clin. e Ter., mar. — E. DEBENEDETTI. Produzione di emoagglutinine specifiche per iniezioni di sieri eterogenei. — A. GERMINO. La via paravertebrale nella sieroterapia della mening. c.-sp. epid.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 9 mar. — C. PEZZI. L'aritmia completa. — G. QUARTI. Medicazioni tracheali dirette nelle forme polmonari.

Id., 16 mar. — F. CROSTI. Colangiocistite e calcolosi biliare. — M. TANZI. Forcipe di Kielland e sue applicazioni.

Revue Tunis. d. Sc. Méd., feb. — Numero sulla febbre tifoide in Tunisia.

Gaz. d. Hôp., 29 mar. — R. BENON. Le amnesie.

Zbl. inn. Med., 29 mar. — E. BECHER. Tossicità dell'urea.

Cultura Stomatolog., apr. — G. NACCARI. La dentizione nello sviluppo delle malattie della mucosa orale.

Spitalul, mar. — A. OBREGIA e C. D. COSTANTINESCO. La mening. tbc. guarisce? — P. CAPLESCO. L'assenza del dolore nell'appendicite latente. — CRAINICIANU e L. RAUCH. Variazioni della formola leucocitaria da eccitaz. del sistema neurovegetativo.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI — Roma, 5 Maggio 1924 — Fasc. 18

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal Prof. ROBERTO ALESSANDRI.

Sulla mesenterite retrattile e sclerosante.

Dott. VINCENZO JURA, assistente.

Dopo le prime osservazioni sulla mesenterite retrattile e sclerosante pubblicate da Riedel (1898), Krinski (1910), Tenani (1913), le numerose altre aggiuntesi in quest'ultimo triennio ben poca luce hanno apportato sulla etiologia e patogenesi di tale malattia, per poterne formulare una definizione esatta. Ancor oggi non è possibile escludere con dati sicuri che i casi di mesenterite finora pubblicati rappresentino, come la mesosigmoidite e la mesenterite della loggia sottomesocolica da ulcera duodenale (Donati) « particolarità anatomiche », esiti « di peritoniti plastiche localizzate » (Murard). La loro natura è variabilissima, ma secondo la scuola di Lione più frequente sarebbe la forma tubercolare. Le retrazioni del mesentere, producendo disturbi di canalizzazione intestinale, entrano nel dominio della chirurgia per i sussidii operatorii, non sempre fruttuosi.

Nella incertezza dei dati che ne stabilissero nettamente la forma clinica in questi ultimi anni si illustrarono come mesenteriti retrattili casi con note chiarissime di peritonite tubercolare banale (Falcone, Duvergy) e persino di pneumatosi cistica dell'intestino con retrazione concomitante del mesentere, pur potendo queste ultime passare in seconda linea nel quadro clinico (Rutkovski). All'opposto ne furono pubblicati da Duboucher altri, in cui le lesioni si riducevano ad una o a pochissime cicatrici stellate del mesentere, riscontrate nel corso di chelotomie, per le quali gli ammalati non avevano avuto disturbi, nè occorse alcun intervento chirurgico speciale.

Si può così intendere come altri casi di retrazione e di ispessimenti del mesentere possano sfuggire, perchè illustrati sotto altro titolo, quale il caso di Jacobelli (1904); questo nell'insieme, pur presentando delle lesioni tubercolari caratteristiche, più si approssima, tra quelli della medesima natura finora pubblicati, al quadro clinico della mesenterite retrattile, successivamente meglio illustrato. Ed ancora nel 1923 Santy illustrava — un caso di volvulo del tenue — per torsione da retrazione stellata mesenterica, operato di resezione intestinale per metri 1.75 di tenue, senza includerlo nel quadro delle mesenteriti.

Si può quindi comprendere la difficoltà nel riunire tutti i casi finora pubblicati di una ma-

lattia non ancor ben definita. Ho potuto così raccogliere nell'accluso elenco casistico (vedi pag. 579). N. 34 casi, scorrendo la scarsa letteratura sull'argomento.

Non si può negare che esistono delle forme in cui le lesioni del mesentere prima localizzate, di poi generalizzantisi, producano un quadro clinico non riferibile ai molti sinora noti; le risorse terapeutiche sono spesso vane. A tale gruppo di ammalati è da riferirsi il caso, di cui segue l'illustrazione.

N. D., di anni 23, fabbro, da Rocca S. Senone (Terni). Ricoverato in Clinica il 20 novembre 1922.

Soffrì: a 7 anni polmonite; a 10 anni febbri infettive intestinali; a 13 anni scarlattina con nefrite; a 15 anni ascesso delle parti molli della regione parieto-occipitale sinistra; a 16 anni ulcere veneree con adeniti; a 19 parotite; a 20 anni broncopolmonite grippale; a 21 blenorragia con orchieepididimite sinistra.

Due mesi prima dell'ingresso in Clinica al mattino dolori gravativi al basso ventre, che cessavano dopo poco con la defecazione; dopo 20 giorni essi si presentavano anche due-tre ore dopo i pasti, erano localizzati all'epigastrio ed agli ipocondri e cessavano col riposo assoluto. Da un mese aumento progressivo e graduale del volume dell'addome.

Nel corso dell'attuale malattia, mai febbre, appetito normale, alvo normale, dimagrito alquanto.

Esame obiettivo (21 novembre 1922):

Addome globoso, con ottusità con cavità in alto, con limite superiore mediano 4 cm. al disotto della cicatrice ombelicale e gradualmente degradante verso i fianchi, dei quali il destro però ha risonanza timpanica. Fiotto endoaddominale. Pareti non molto tese; non si riesce a palpare alcunchè di rilevabile in profondità. Fegato e milza in limiti normali. Apparato respiratorio e cardio-vascolare normali.

Micropoliadenopatie in tutte le stazioni linfatiche accessibili.

Cutireazione alla tubercolina negativa.

Reazione generale e di focolaio con la tubercolina negativa.

Wassermann negativa.

25 novembre 1921. — Laparacentesi: si ricavano 8 litri di liquido paglierino. Densità di esso 1028 (15°). Rivalta positiva. Albumina 14 %. Sedimento: numerose emazie; linfociti 30 %, grossi mononucleati 2 %, polinucleati neutrofili 68 %.

Prova biologica per la tubercolosi negativa in due cavie.

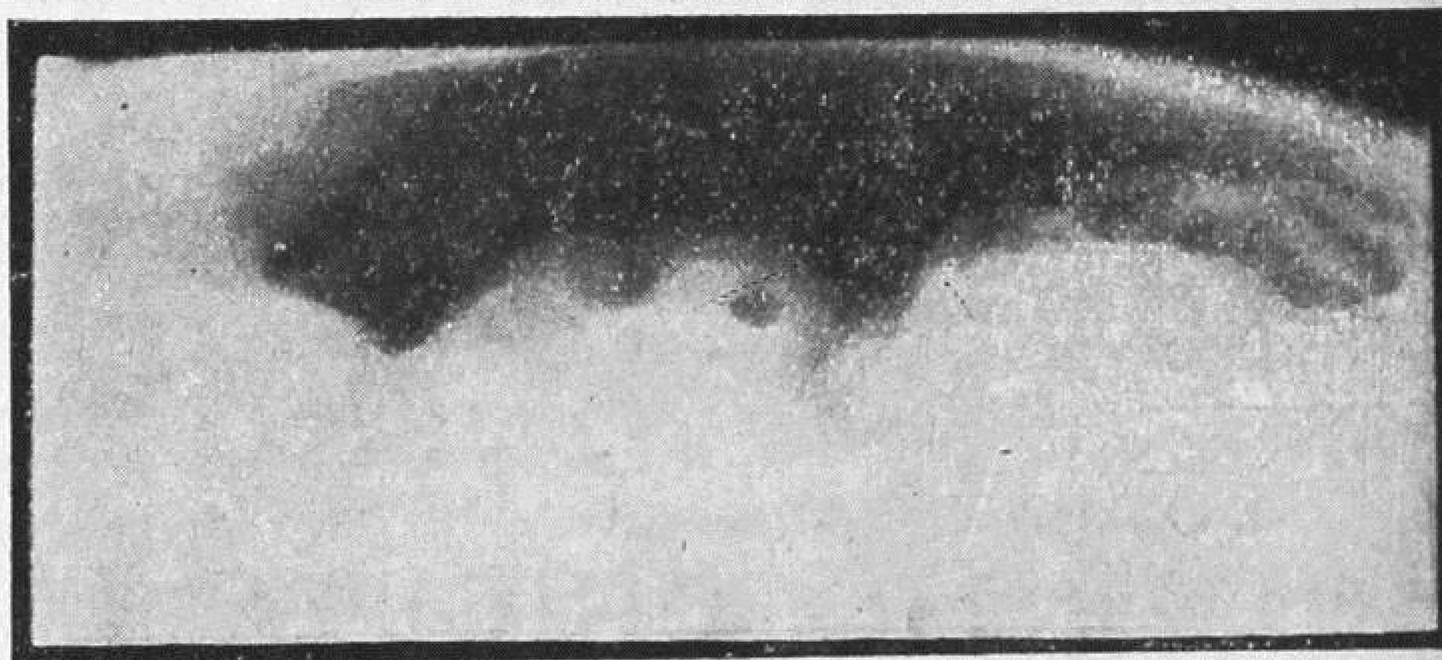
Dopo la paracentesi nella regione mesogastrica, verso la fossa iliaca d. si palpa una massa della grandezza di un grosso pugno, a superficie bozzuta, di consistenza molle elastica; su di essa imprimendo delle scosse brusche si riesce alle volte a destare un minimo gorgoglio. Il liquido dopo pochi giorni si riforma rapidamente.

31 dicembre 1921. — Previa nuova laparacentesi (8000 cc. di liquido ascitico, si pratica lo *pneumoperitoneo*, avendo in tempo utile somministrato il pasto opaco: introduzione di 5000 cc. di ossigeno. Reperto radioscopico e radiografico: sollevamento della parete anteriore addominale dal piano dei visceri sottostanti senza aderenze. Anse del tenue conglobate, addossate contro la parete posteriore, raggiungendo in basso la linea pubica, in alto l'ombelicale trasversa; si presentano alquanto dilatate ed al disopra della immagine di esse, si apprezza quella del colon addossato anche alla parete posteriore, disteso da gas a pareti ispessite (vedi fig. 1).

Durante la degenza in clinica mai febbre.

14 gennaio 1922. — Diagnosi clinica: peritonite fibro adesiva.

Laparotomia esplorativa. Taglio laparotomico mediano ombelico-pubico. Scarsa quantità di liquido libero. Anse dell'ultima porzione del tenue strettamente aderenti fra di loro ed al margine libero dell'epiploon, costituenti un conglomerato fisso alla colonna vertebrale, per retrazione del mesentere, il quale si presenta ispessito, biancastro, opalescente. Le anse di calibro pressochè normali sono libere tra di loro. Anche i mesi del cieco e del colon ascendente si presentano alquanto retratti, ispessiti, biancastri. Non tubercoli sia sul peritoneo viscerale che parietale nè sui mesi. Fegato e



milza di aspetto normale. Si asportano dei frammenti del meso retratto e dell'epiploon aderente alle anse, per esami istologici. Chiusura a strati della parete.

Reperto istologico: nei preparati sul meso tessuto fibroso ricco di elementi connettivali adulti, con scarsissimi vasi a pareti ben conservate e di spessore pressochè normale. I preparati allestiti dal pezzo di epiploon riporta le medesime note isto-patologiche.

Decorso post-operatorio: nei primi giorni dopo la laparotomia a volte saltuariamente, vomito alimentare o biliare. Contemporaneamente defecazione normale.

Lasciò la Clinica dopo 20 giorni senza alcun miglioramento.

Il sanitario che seguì l'ulteriore corso della malattia fino al decesso così riferisce: « Non si ripetè più il versamento ascitico, anzi l'addome si ridusse man mano di volume, fino a che la massa intestinale costituì una specie di tumore semisferico, duro, immobile, della grandezza di una mezza testa di adulto. Ritengo che non si poteva più parlare di aderenza fra le anse intestinali ma di una vera e propria saldatura di esse. Non ebbe mai febbre, mai vomito, mai diarrea. La nutrizione si compiva difficilmente: non poteva assolutamente prendere cibo e mentre nei primi giorni riusciva ad ingerire circa 500 grammi di latte nelle 24 ore, tale quantità andò man mano diminuendo, fino a tanto che negli ultimi 4-5

giorni non si nutrì affatto. Morì ai primi di marzo di vera e propria inanizione, in stato di marasmo e quasi senza sofferenze ».

Nel caso illustrato mancano i disturbi di canalizzazione intestinale sia all'inizio che nell'ulteriore corso della malattia, presumibilmente perchè la retrazione del mesentere, essendo uniforme, non produceva restringimento circoscritto del lume intestinale, inginocchiamento o altra deviazione della normale situazione dell'intestino, di cui il meso era leso.

La etiologia resta pur troppo sconosciuta, come in molti casi di mesenterite finora illustrati. Da escludersi la lues per l'assenza di altre lesioni concomitanti nei visceri endoaddominali, delle quali caratteristiche sono quelle del fegato e della milza, e per la negatività della reazione di Wassermann. Il reperto istologico dippiù negava lesioni a carico dei vasi, caratteristiche nelle forme luetiche. Da escludersi la tubercolosi sia per l'assenza di febbre, sia per il reperto anatomo-patologico che non dimostrò presenza alcuna di tubercoli tanto nel peritoneo che nei visceri endo-addominali, sia per il reperto isto-patologico, sia per la prova biologica negativa, sia per le prove sierologiche. Sulla negatività di queste ultime richiamo l'attenzione, essendo state praticate in condizioni generali favorevoli, quando nell'infermo non si notavano certamente segni di cachessia. Mancano nella storia dell'ammalato dati che possano far pensare ad altre lesioni primitive intestinali o degli organi endo-addominali.

Oltremodo utile ad orientare verso la diagnosi clinica riuscì la pneumoperitoneo, nel quale si ebbero immagini radioscopiche e radiografiche, che si potrebbero ritenere caratteristiche, tanto da poter servire di guida per una diagnosi precisa, più che di probabilità.

Utile riuscì la laparotomia ad eliminare l'ascite.

Pur troppo la diffusione progressiva e rapida a tutti i mesi delle lesioni prima sorte a livello dell'ultima porzione del tenue portò rapidamente all'esito letale per inanizione, essendo divenuta sempre più stentata la nutrizione.

Dando un rapido sguardo ai 34 casi pubblicati che schematicamente sono raccolti nell'accluso elenco con le note illustrative più interessanti per ognuno, si può senz'altro rilevare che la maggiore frequenza di tale malattia si ebbe nell'età media dai 20 ai 50 anni (23: 34), mentre molto più rara sarebbe nei primi e negli ultimi decenni di vita.

Ciò potrebbe esser contro la ipotesi della frequenza di tali lesioni nei neonati, legandosi a malformazioni dell'intestino tenue (Mauclair), non molto chiare neppure nel caso illustrato da Abadie come tale, poichè le irregolarità del calibro del tenue possono meglio stare in rapporto a lesioni pregresse, a lungo decorso, avvenute nella prima infanzia, come nella maggior parte dei casi per altre epoche della vita.

Colpisce non poco la forte percentuale di mesenterite a carico del sesso maschile (28: 34), mentre nell'occasione si potrebbe ricordare che nel sesso femminile più frequenti sono le ptosi per abbondanza e maggiore rilasciatezza congenita di tutte le pliche peritoneali, compresi i mesi.

Comunque negli adulti la etiologia della mesenterite retrattile è variabilissima e non sempre precisabile. Sono note le forme di peritoniti tubercolari fibro-adesive generalizzate o circoscritte; furono illustriati da Tenani per primo casi dovuti ad arterio-sclerosi delle mesenterite, ed un caso da strozzamento erniario; Mauclair crede che verosimilmente possano anche ematomi post-traumatici del mesentere produrre lesioni analoghe. Più difficile a provarsi come cause di lesioni prevalenti o quasi esclusive a carico dei mesi è la sifilide, nella quale quando esistano tali lesioni, esse non rappresentano la nota più importante ed ordinariamente passano in seconda linea di fronte alle lesioni degli altri organi endo-addominali, specie fegato e milza. Da aggiungersi dippiù tutti i processi infettivi acuti sia a carico di tratti intestinali o di appendici (appendiciti) sia a carico di organi pelvici (annessite), i quali in seguito ad ascessi risoluti, causino retrazioni dei mesi vicini e quindi anche di quello dell'ultima porzione del tenue.

Rilevabile la grande frequenza delle lesioni in parola a livello della porzione terminale del tenue. Dipenderà ciò da predisposizione congenita dovuta a brevità del mesentere, la quale favorisca i processi infettivi e quindi le lesioni retrattili in parola? Sarà dovuta alla vicinanza di tale tratto intestinale all'ampolla cecale ricchissima di germi, quivi stagnanti e diffondentisi all'ultimo tratto dell'intestino tenue, dove i movimenti peristaltici sono più lenti? Con questa ultima ipotesi meglio ci si riporterebbe nella visione della peritonite cronica localizzata, ammessa da Virchow per la meso-sigmoidite retrattile.

Nei casi riportabili alla tubercolosi la patogenesi è da riferirsi alle conoscenze ormai acquisite sulla peritonite tubercolare. All'uopo però con le ultime conoscenze sulla biologia del bacillo tubercolare pare ormai accertato che in condizioni di vitalità attenuata il bacillo tubercolare possa produrre delle lesioni

sclero-fibrose prive di tubercoli e di focolai di rammollimento. Perciò potrebbe verosimilmente il bacillo tubercolare, in tali condizioni indovato nell'intestino, produrre processi sclerosanti del meso corrispondente, ad opera dei prodotti di disintegrazione del corpo batterico.

Più difficilmente riuscirebbe spiegare la formazione di mesenterite da sifilide, già rarissima e non da tutti accettata come lesione primitiva del colon, del quale colpirebbe specialmente l'ultimo tratto.

Riassumendo, in seguito a lesioni ulcerative del tenue è possibile la formazione di mesenteriti, conseguente a linfangite e perilinfangite.

Bisogna però ricordare a tal proposito, per potere escludere almeno forme dipendenti da germi specifici della dissenteria, che in qualche caso soltanto vi furono dati anamnestici di diarrea, sia ad andamento acuto che cronico. Prevalse in quasi tutti la costipazione.

Per quanto riguarda le mesenteriti da ernia strozzata restano tuttora vigenti i concetti patogenetici suggeriti dal Tenani: obliterazione dei vasi arteriosi compressi, edema del mesentere, caduta dell'epitelio intestinale al punto di strozzamento del viscere, passaggio dei germi attraverso le vie linfatiche (o sanguigne) anche dopo che le condizioni del viscere siano migliorate senza alcun intervento radicale.

L'arteriosclerosi dei vasi mesenterici, già ammessa da Laganne per la patogenesi dell'infarto intestinale, trova conferma nei casi pubblicati dal Tenani, nei quali questi pensa, per la maggiore estensione del processo arteriosclerotico al meso, che le lesioni abbiano preceduto sul mesentere.

Il traumatismo produrrebbe secondo Mauclair la mesenterite in seguito alle lacerazioni ed agli ematomi che si formano.

Mancano nei casi raccolti nella letteratura dati anatomo-patologici che confermano il concetto della mesenterite retrattile sclerosante nei neonati accompagnata a malformazione dell'intestino.

Nell'adulto nelle forme tubercolari si presenta il quadro delle peritoniti di tale natura, nè sempre le lesioni dei mesi predominano sul quadro generale anatomo-patologico. L'esistenza dei tubercoli estesa al peritoneo parietale e viscerale come ai mesi è decisiva per redimere ogni dubbio. Altrettanto non si può dire in merito a quelle, che vorremmo noi riportare come forme sclerofibrose, sulle quali mancano ancora dati sicuri.

La mesenterite retrattile si ha di preferenza a livello dell'ultimo tratto del tenue, e in alcuni, come nel caso innanzi illustrato, si presentavano lesioni analoghe a carico del meso, del cieco e del colon ascendente. Ciò dopo gli studi di Descomps e Turnesco sui vasi linfatici del grosso intestino e dell'ileo si spiega agevolmente, poichè la circolazione linfatica dell'ileo, scarsa, presenta le caratteristiche di quella del colon, appartenenti ambedue al secondo territorio vascolare, il distale, post-vitellino; comune ne sarebbe anche la disposizione e la convergenza. Di poi le lesioni, estendendosi, si possono diffondere a tutti i meso, determinando come nel nostro caso, addossamento uniforme di tutto l'intestino alla parete posteriore addominale. In tali condizioni volvuli, inginocchiamenti, sono più difficili a verificarsi, però è più facile la diffusione di lesione anche al peritoneo viscerale, pur restando integro quello parietale. In tali forme generalizzate si riscontra più costantemente l'ascite.

Ben differente è il quadro anatomo-patologico nelle forme di retrazione mesenteriale circoscritte con cicatrici stellate, perlacee, irregolari.

Dalle esperienze del Faccini si può concludere che le placche di mesenterite cicatriziale (circoscritte) siano localizzate alle stazioni linfatiche del mesentere, obliteratesi. Le cicatrici uniche o multiple a volte determinarono aderenze tra le anse intestinali con formazione di inginocchiamento, torsione, addossamenti di anse a canna di fucile, a V, ad Ω. Tali lesioni cicatriziali possono presentarsi contemporaneamente anche sull'intestino, determinando restringimenti del viscere e stando a dimostrare lesioni primitive pregresse del viscere, passate inosservate nel corso di affezioni acute ad andamento lento ed attenuate, oppure in seguito a strozzamento erniario.

Il viscere a monte del punto inginocchiato o ristretto, si presenta dilatato, con formazione di megaileo, analogamente a quanto avviene in lesioni cicatriziali di tutti gli altri tratti dell'intestino. Veramente altre esperienze contemporanee alle già citate, del Faccini starebbero a dimostrare che tali reperti possono aversi, almeno sperimentalmente, in seguito a sezioni di nervi. Tali mesenteriti retrattili circoscritte hanno quindi un aspetto del tutto simile alla meso-sigmoidite, alla meso-tiflite, alla meso-appendicite, alla mesenterite della loggia sottomesocolica descritta dal Donati.

Mauclair pensa all'eventualità dell'infarto intestinale da compressione e obliterazione dei vasi mesenterici, arteriosi e venosi; ma tale reperto finora mancò sia al tavolo operatorio che alla necroscopia in casi di mesenterite retrattile.

I sintomi, quasi sempre insidiosi durante la formazione delle retrazioni, si manifestano ulteriormente più o meno intensi secondo il grado delle lesioni. Dapprima sono vaghi dolori al basso ventre od all'epigastrio, i quali si vanno accentuando fino alla manifestazione di coliche violente dovute ai disturbi di canalizzazione intestinale. Nella maggior parte dei casi in ultimo dominò, per torsione, per inginocchiamento, per compressione dell'intestino da briglie cicatriziali, il quadro clinico dell'occlusione intestinale, inevitabile complicazione quando la sede delle retrazioni e la disposizione di esse portino a forte deviazione l'intestino, sì o no ristretto nel suo lume, e con meso retratto.

L'ascite fu presente oltre che nelle forme tubercolari conclamate in quei casi, i più gravi, nei quali, come in quello innanzi riportato, le lesioni dei meso, progressive e generalizzantisi, assunsero il carattere di vere distrofie.

Alcune volte si può apprezzare nell'addome una tumefazione di grandezza varia, dolente, sulla quale si desta rumore di gorgoglìo con opportune manovre.

La diagnosi è difficilissima, e quando l'ammalato è in occlusione, è più che mai impossibile di individualizzare la causa prima dell'intervento.

Là dove invece sia possibile l'ingestione del pasto opaco, può riconoscersi il punto stenotico, però quando questo esista.

Oltremodo utile alla determinazione della diagnosi invece può riuscire lo pneumoperitoneo, il quale accompagnato all'ingestione in tempo utile di pasto opaco, indica, come nel caso nostro, i rapporti delle anse fra di loro e con la parete; quando si apprezzino con i comuni mezzi clinici semeiologici tumefazioni endo addominali se ne può precisare la sede. Ma in quasi tutti i casi pubblicati la diagnosi fu accertata in seguito a laparotomia, o nel corso di altri interventi.

Se si eccettuano i pochi casi nei quali le retrazioni del mesentere erano limitatissime (casi da strozzamenti erniarii) nonchè i casi di peritonite tubercolare chiara, nei quali si rientra nelle conoscenze accertate in tali campi, per lo più nei casi di mesenterite retrattile la prognosi è grave tanto non intervenendo, per l'estensione delle lesioni, quanto intervenendo.

Quando l'intervento chirurgico non sia indicato, pur non avendosi le note anatomo-patologiche della peritonite tubercolare, per quanto ho accennato sulla etiologia e patogenesi della malattia in parola, l'elio-terapia e tutti gli altri mezzi consigliati per la cura delle forme specifiche, può esser praticata come tentativo.

Quando l'intervento sia indicato all'infuori dei casi di urgenza per fenomeni di occlusione, l'operazione trova le sue indicazioni sia in semplici sezioni del mesentere retratto, sia in entero-entero-anastomosi, o ileo-colon-stomie, che in resezioni, più o meno estese secondo i reperti laparotomici.

CASISTICA.

Riedel. (Mitt. gren. Med. u. Chir., pag. 528, 1897, Jena). Caso I. — Uomo a. 37. Costipazione cronica; dolori addominali, più accentuati nella fossa iliaca destra. *E. O.*: Quivi tumefazione. Oper.: meso del cieco e della fine del tenue retratto, ispessito; aderenze peri-intestinali. Sezione delle briglie. *Etiologia?* Esito: scarsa miglioria.

Id. Ibidem. Caso II. — Uomo a. 62. Costipazione cronica; dolori nella fossa iliaca destra. *E. O.*: quivi vaga resistenza. Oper.: fine del tenue addossata alla parete posteriore per mesenterite retrattile; cicatrici biancastre, briglie. Sezione delle briglie. *Etiologia?* Guarigione.

Id. Ibidem. Caso III. — Uomo a. 46. Tubercolosi polmonare pregressa. Da 15 giorni sindrome appendicitica. *E. O.*: Resistenza della parete nella fossa iliaca destra, dolente. Oper.: mesentere retratto ed ispessito a livello della fine del tenue. Cicatrice biancastra, briglie. Sezione delle briglie. *Etiologia?* Morte per embolia polmonare.

Jacobelli. (Sulla tubercolosi mesenterica stenosante. Tip. Guerrero, 1904, Napoli). — Uomo a. 28. Stitichezza. Febbri infettive intestinali; indi accesso pseudo appendicolare. *E. O.*: vaga resistenza nella fossa iliaca destra; punto doloroso di Mac Burney. 1ª oper.: mesentere ispessito, retratto a livello di ansa del tenue ad angolo; aderenze epiploiche. Resezione intestinale. 2° interv.: aderenze multiple tra le anse del tenue; sezione delle aderenze. *Etiologia*: tubercolosi. Guarigione.

Krynski. (Gazz. Lekarska, Varsavia, 1910, n. 41). — Uomo a. 22. Un anno prima appendicite; da sei mesi disturbi intestinali. *E. O.*: Quadro clinico di occlusione intestinale. Oper.: mesenterite retrattile per un metro dell'ultimo tratto del tenue. Aderenze appendicolari. Ileocolostomia. *Etiologia*: appendicite. Morte dopo 3 giorni.

D'Agostino. (Rivista veneta di Scienze Mediche, pag. 462-508, 1912). Uomo a. 74. Stitico. Da 25 a. ernia inguinale sinistra; da tre giorni strozzamento. Oper.: Mesenterite sclerosante per 1 m. Ano preternaturale. *Etiologia*: Ernia strozzata. Morte.

Tenani. (Il Morgagni. Riviste, pag. 452, Milano, dicembre 1913). Caso I. — Uomo a. 20. Operato di ernia inguinale strozzata, dopo 4 mesi occlusione intestinale. *E. O.*: Quadro clinico di occlusione. Oper.: anse del tenue accollate al rachide per mesenterite retrattile; lume intestinale obliterato. Resezione del tenue m. 1.70. *Etiologia*: strozzamento erniario. Guarigione.

Id. Ibidem. Caso II. — Uomo a. 80. Emiparesi da emorragia cerebrale. Mai disturbi intestinali. Necroscopia. Mesentere retratto per 1 metro; lume del tenue ridottissimo; marcata

ateromasia dei vasi mesenterici. *Etiologia*: arteriosclerosi.

ID. Ibidem. Caso III. — Uomo a. 63. Frequentemente vaghi dolori addominali. Mai disturbi di canalizzazione. Necroscopia. All'inizio il digiuno è addossato al rachide per mesenterite sclerosante. *Etiologia*: arteriosclerosi.

MAUCLAIR. (Bull. Mém. Soc. Chir. de Paris, 21 aprile 1920). — Uomo a. 35. Dall'infanzia costipazione e coliche intestinali saltuariamente. In tre anni tre volte pseudo occlusione intestinale. *E. O.*: all'ipocondrio sinistro massa quanto un pugno, dolente. Oper.: meso del terzo sup. del digiuno retratto, anse intestinali aderenti fra loro, colon trasverso e discendente a canna di fucile. Sezione delle briglie. *Etiologia?* Guarigione.

FERRON. (Ibidem, 23 giugno 1920). — Uomo a. 54. Da tre mesi disturbi intestinali; vomito. Oper.: meso dell'ultimo tratto del tenue ispessito alquanto retratto, cicatrici biancastre; ileosigmoidostomia. *Etiologia?* Guarigione.

MAUCLAIR. (Ibidem, 7 luglio 1920). — Uomo a. 67. Sintomi di occlusione intestinale subacuta. Rep. oper.: ultima ansa del tenue ristretta, accollata al rachide per retrazione mesenterica; cieco e colon ascendente nelle medesime condizioni. *Etiologia?* Guarigione.

MURARD. (Ibidem, 23 novembre 1920). — Uomo a. 48. Dolori colici all'epigastrio. Tubercolosi polmonare. Quadro clinico di occlusione acuta. Oper.: anse del tenue a V, per mesenterite che la fissa al rachide. 1° intervento: sezione delle briglie; 2° interv.: entero-enterostomia. *Etiologia*: tubercolosi. Morte, con reperto necroscopico di caverne polmonari.

FERRON. (Ibidem, n. 23, 1920). — Uomo a. 31. Operato da 5 anni di appendicectomia; successivamente diarrea, costipazione, dolori addominali. Oper.: ansa terminale dell'ileo dilatata; tubercoli multipli a 15 cm. dal cieco; mesentere retratto. *Etiologia*: tubercolosi. Guarigione.

VIANNAY. (Ibidem, 12 maggio 1921). — Uomo a. 37. Sintomi di occlusione intestinale. Oper.: anse del tenue in atrisia, con mesentere ispessito, infiltrato, edematoso, retratto; strie biancastre. *Etiologia*: tubercolosi. Guarigione.

WINNEN. (Bruns. Beitr. z. Klin. Chir., T. CXXIII, n. 1, 1921). — Uomo a. 19. Sette anni prima peritonite e polmonite. *E. O.*: Tumefazione mobile nella regione paraombelicale d. Oper.: intestino ricoperto di patina biancastra, mesentere cicatrizzato e retratto; inginocchiamenti ileari; sezione delle briglie. *Etiologia?* Miglioramento.

FRITSCH. (Centr. f. Chir., 16 maggio 1921). — Donna a. 36. Antica peritonite. Stitichezza abituale. Occlusione acuta da due giorni. Oper.: mesentere ispessito, torto; aderenze mesenterointestinali. Detorsione. *Etiologia*: tubercolosi, appendicite? Morte dopo poche ore.

ID. (Ibidem). — Uomo a. 59. Sintomi di occlusione intestinale. Oper.: mesentere retratto, con aderenze multiple intestinali; torsione e volvolo. Detorsione. *Etiologia*: trombosi? Morte.

DUVERGEY. (Bull. Mém. Soc. Chir., Paris, 17 gennaio 1922). — Uomo a. 47. Enterite nel 1911. Occlusione intestinale nel 1915 e nel 1918. Sindrome occlusiva intestinale. Oper.: mesenterite retrattile stellata a livello dell'ultima ansa del tenue. Ano iliaco. *Etiologia*: tubercolosi? Morte: reperto necroscopico di aderenze pleuriche.

ABADIE. (Ibidem, 19 giugno 1922). — Uomo a. 43. Alcoolista. Ernia inguinale sinistra. Da 5 giorni dolori dopo sforzi. Sintomi di occlusione intestinale. Oper.: mesenterite ed epiploite retrattile. Anse del tenue agglomerate, ricoperte da patina biancastra. Epatite. Sezione delle briglie. *Etiologia*: cirrosi atrofica. Morte dopo 7 giorni.

ID. (Ibidem). — Donna a. 15. Da 4-5 giorni dolori colici addominali. Dopo 12 ore dall'ingestione pasto opaco ancora presente nel tenue, dilatato. Ascite. Oper.: meso del tenue, del cieco e del colon irregolarmente retratti; inginocchiamento del tenue. Ileo-sigmoidostomia. *Etiologia*: congenita? Morte.

FALCONE. (Arch. Ital. di Chir., vol. VI, n. 2, nov. 1922). — Donna a. 38. Da un anno aumento di volume dell'addome. Ascite. Oper.: mesi ispessiti, opacati e retratti. Anse intestinali di aspetto normali. *Etiologia?* Guarigione.

ID. (Ibidem). — Donna a. 23. Vaghi dolori addominali. Anoressia. *E. O.*: numerose tumefazioni endo-addominali. Oper.: mesentere retratto ed ispessito. Noduli tubercolari disseminati. *Etiologia*: tubercolosi. Guarigione.

ID. (Ibidem). — Donna a. 43. Da un anno aumento di volume dell'addome; coliche intestinali. Ascite. Oper.: meso del tenue e del colon ascendente, retratto, ispessito, opacato. *Etiologia?* Guarigione.

DUBOUCHER. (Bull. Mém. Soc. Ch., Paris, 20 marzo 1923). — Uomo a. 45. Laparocele da appendicectomia. Sintomi di occlusione intestinale. Oper.: ansa strozzata, con cicatrici stellate biancastre, diffuse al mesentere. Cura dell'eventrazione. *Etiologia*: strozzamento erniario. Guarigione.

ID. (Ibidem). — Uomo a. 35. Ernia inguinale congenita. Sintomi di strozzamento erniario. Oper.: mesenterite retrattile in corrispondenza dell'intestino erniato e del mesentere vicino. Cura radicale dell'ernia. *Etiologia*: strozzamento erniario. Guarigione.

ID. (Ibidem). — Uomo a. 32. Ernia inguinale congenita con ectopia testicolare. Sintomi di strozzamento erniario. Oper.: mesenterite retrattile in corrispondenza dell'intestino erniato che ha forma di Ω. Cura radicale dell'ernia. *Etiologia*: strozzamento erniario. Guarigione.

ID. (Ibidem). — Uomo a. 30. Ernia inguinale destra. Da tre giorni sintomi occlusivi intestinali. Oper.: Volvulo di un'ansa terminale del tenue; mesentere retratto a livello di essa; briglie. Sezione delle briglie. *Etiologia*: strozzamento erniario. Guarigione con fistola stercoracea.

ID. (Ibidem). — Uomo a. 28. Ernia inguinale d. intasata, ridotta ed operata. Oper.: Meso dell'appendice e dell'ultima porzione del tenue con cicatrici stellate perlacee. Cura dell'ernia. *Etiologia*: strozzamento erniario. Guarigione.

HALLAPEAU. (Ibidem, 27 marzo 1923). — Uomo a. 45. Pregressa peritonite da perforazione appendicolare. Da 2 mesi disturbi di occlusione intestinale. Indi ano cecale; seguì ascite. Oper.: mesenterite della II metà del tenue, di cui le anse sono conglobate. Calcolo appendicitico. Liberazione del meso. *Etiologia*: appendicite. Guarigione.

DUVERGEY. (Ibidem, 17 aprile 1923). — Uomo a. 22. A 7 e 17 anni lesioni tubercolari, polmonari e scheletriche. Nel 1918 diarrea. Oper.: ascite. Granulazioni tubercolari sul tenue e

sull'epiploon; mesentere retratto. Drenaggio peritoneale. *Etiologia*: tubercolosi. Guarigione.

RUTKOWSKI. (La Presse Med., Paris, n. 103, 23 dicembre 1923). — Donna a. 15. Da tre settimane vomito, dolori addominali, costipazioni. *E. O.*: tumefazione quanto un arancio nel basso ventre a destra. Oper.: Pneumatosi cistica intestinale; mesentere ispessito, retratto; inginocchiamento del tenue. Resezione ileo-cecale. *Etiologia?* Morte.

SOKOLOWSKI. (Pubblicato da RUTKOWSKI). -- Uomo a. 26. A 19 anni pleurite e tifo, a 22 anni reumatismo e blenorragia. Da 2 giorni sintomi di occlusione intestinale. Oper.: mesenterite retrattile totale; ultime anse del tenue strozzate da briglie. Aderenze epiploiche. Dissezione delle briglie. *Etiologia?* Guarigione.

CAROSSINI. (Giornale del Medico Pratico, marzo 1924, Livorno). — Uomo a. 54. Nell'adolescenza tifo; a 22 anni operato di ernia inguin. d.; stitichezza abituale. Negli ultimi tempi dolori addominali, febbre e sindrome pseudo appendicitica. Oper.: mesentere torto, briglie perintestinali; volvulo; appendice perforata. Ileocolostomia. *Etiologia*: appendicite. Guarigione.

BIBLIOGRAFIA.

LETULLE. *Peritonite sifilitica*. La Presse Médicale, Paris, 19 settembre 1918.

CALMETTE. *L'infezione bacillare e la tubercolosi*. II Edizione, Masson, 1922, Paris.

DONATI. *La mesenterite adesiva e retrattile della loggia sottomesocolica e i suoi rapporti con l'ulcera del duodeno*. Atti della Soc. Ital. di Ch., 1922.

SANTY. *Volvulo del tenue*. Lyon Chirurgical, Vol. XX, n. 3, pag. 351, 1923.

DESCOMP e TUNNESCO. *I vasi linfatici del digiuno e dell'ileo e gangli*. Bull. Mém. Soc. Chirurgie, Paris, 29 maggio 1923, pag. 781.

FACCINI. *Ricerche sperimentali sulla mesenterite sclerosante*. Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chirurgia, 1923.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE UMBERTO I - LUGO.

La rapida guarigione per crisi di una nefrite acuta, col sopravvenire di una polmonite lobare.

Prof. FRANCESCO GIUGNI, medico primario.

Il caso che qui riferisco è interessante per l'esito inatteso, e direi sorprendente, prodotto dall'associarsi di due forme morbose diverse in uno stesso individuo.

Come ho cercato di esprimere nel titolo di questa nota, si tratta di un individuo malato da due mesi di una glomerulo-nefrite acuta, che è colpito da una polmonite lobare acutissima, e, superata questa nuova malattia, presenta con la crisi risolutiva del processo pneumonico un rapido miglioramento dell'affezione renale, tanto da raggiungere in pochi giorni una completa guarigione. Dico una completa guarigione perchè già dopo una diecina di giorni dall'ultimo episodio morboso, erano non solo scomparsi rapidamente gli edemi imponenti, ma le orine attentamente esaminate non mostravano più alcuna traccia di lesione renale, e tali si sono conservate ad esami sistematici che si ripetono da otto mesi, mentre l'individuo gode tutt'ora il più completo benessere.

I due processi morbosi si sono svolti in tutto il loro decorso entro una sala d'ospedale, permettendoci di seguire il malato anche con le opportune ricerche di laboratorio.

Tanto la nefrite come l'affezione polmonare hanno presentato quadri sintomatici improntati a sensibile gravità, ma con decorsi tipici e caratteristici che si svolgevano in un giovine di ventidue anni, prima d'allora robusto, forte, immune da malattie e da qualsiasi tara ereditaria.

Dai particolari della storia clinica che qui riferisco si vedrà che l'esito così strano ed insolito della pronta guarigione di uno stato nefritico, è legato indubbiamente al sovrapporsi della polmonite che aveva probabilmente una diversa etiologia.

Non sono a mia conoscenza nella letteratura medica altri esempi consimili, e molti colleghi interpellati in proposito non hanno saputo segnalarmene.

* * *

La storia clinica si riferisce ad un giovane contadino di Voltana, frazione di Lugo, Cricca Antonio, di anni 22, che ha genitori e fratelli sani. Ebbe un'infanzia normale, immune da qualsiasi malattia, e crebbe robusto, allenato ai più faticosi lavori dei campi. Solo all'età

di dodici anni presentò un episodio morboso, non ben definito, ma che porta a sospettare una prima, lieve lesione dell'apparato renale. Ebbe allora mal di gola, accompagnato da febbre, e dovette tenere il letto per alcuni giorni perchè era comparso gonfiore alla faccia. Ma in seguito riprese le sue abituali occupazioni e potè non solo attendere normalmente al lavoro, ma compiere il servizio militare. Non contrasse malattie veneree. Non fu dedito all'alcool nè ad alcun abuso alimentare.

Circa due mesi prima dalla data d'ingresso in Ospedale ebbe una tonsillite febbrile, e notò subito dopo la comparsa di edemi alla faccia e agli arti inferiori. Tenne il letto per circa quaranta giorni, e dopo un periodo di miglioramento che gli aveva permesso di alzarsi e di riprendere una più abbondante alimentazione, gli edemi si generalizzarono, e comparve un complesso di disturbi che lo obbligarono a ricoverare in Ospedale il giorno 11 maggio 1923.

Al suo ingresso le condizioni apparivano sensibilmente gravi. Presentava edemi diffusi ed intensi alla faccia, al tronco, agli arti e allo scroto; il quadro dell'anasarca. Esistevano segni manifesti di versamento ad ambedue le pleure, specie a destra, e cospicua raccolta liquida entro l'addome. Il malato notevolmente pallido, con lievi rialzi termici vespertini, aveva polso frequente (85-90 pulsazioni al m'), teso; e la pressione omerale misurava 200 mm.

Il respiro era frequente, con segni soggettivi di ambascia precordiale, uniti a cefalea, turbe visive, e senso di nausea pei cibi.

A carico degli organi toracici, oltre il versamento già accennato che all'esame citologico mostrava i caratteri di trasudato, era da notarsi un sensibile aumento di vibrazione dei toni cardiaci con manifesto ritmo di galoppo. L'alvo era costantemente diarroico.

La media delle orine emesse era inferiore alla norma (dai 900 ai 1100 grammi nelle 24 ore) e presentava un peso specifico basso, con tasso di urea pure basso (circa 9-12 per 1000). L'albumina oscillava dal 5 al 7 per mille, misurata all'albuminometro di Esbach. Non presentava reazione chimica del sangue. Nel sedimento esistevano in copia cilindri renali granulosi ed epiteliali, cellule renali e rari globuli rossi.

Questo quadro morboso così sommariamente descritto nelle sue linee principali si poteva riportare per la classificazione delle affezioni renali ad una glomerulo-nefrite, che iniziatasi ad andamento acuto circa due mesi avanti, stava ora passando ad uno stadio subacuto di glomerulo-nefrite diffusa. L'andamento del processo però imponeva una prognosi sfavorevole per lo stato di anasarca, per la quantità notevole di albumina e per gli altri reperti di profonda lesione renale che avevano tendenza a progredire e ad accentuarsi. Le stesse condizioni generali del malato subivano un lento e progressivo aggravio.

Già da 22 giorni egli era degente in Ospedale quando una sera ebbe un brivido intenso accompagnato da dolore puntorio al costato di sinistra. La febbre salì in poche ore a 40.2, accompagnandosi a tosse e ad ambascia respiratoria. In seconda giornata si delineò un processo polmonare al lobo superiore sinistro, con le caratteristiche più classiche della polmonite franca, lobare (soffio tubario, rantoli crepitanti, ecc.); comparve sputo sanguigno che poi si fece ragginoso.

La cianosi, la dispnea, la frequenza del polso raggiunsero i gradi più estremi, tanto da considerare il malato più volte in immediato pericolo di vita. Pure, nonostante l'impressionante gravità, egli protrasse la sua resistenza per una settimana, e allo scadere preciso della 7ª giornata la temperatura cadde totalmente per crisi, mentre il processo polmonare mostrò di consenso una regolare risoluzione.

Le funzioni renali, già così ampiamente compromesse, ebbero un singolare comportamento fino dall'inizio della polmonite. Al comparire dello stato febbrile aumentò fin dai primi giorni la diuresi. Si ebbero 2600 e 2400 cc. di orina nei primi due giorni; poi negli altri 5 giorni la media fu di 1200-1300 cc. Ma il tasso dell'albumina salì al 10-12 per mille, e l'orina si fece leggermente ematica, mostrando all'esame microscopico un'imponente abbondanza di cilindri e di epitelii renali. Anche il tasso ureico subì un aumento nella eliminazione, avendosi una media di 20-22 gr. di urea totale nelle 24 ore. I cloruri già scarsi nella loro eliminazione mostrarono pure un sensibile aumento.

Colla caduta rapida della febbre e col risolversi pronto del processo polmonare il malato ebbe un visibile sollievo e un deciso miglioramento nello stato soggettivo; ma sorprendente e strano fu il consecutivo andamento che apparve come immediata e diretta conseguenza della affezione polmonare fortunatamente superata.

Il malato che il giorno 6 giugno, ultimo del settenario pneumonico, era ancora anasarcatico e presentava il 10 per mille di albumina nelle urine, col cadere della febbre mostrò una rapidissima diminuzione degli edemi cutanei e dei versamenti delle sierose, fino ad aversi in meno di una settimana la completa scomparsa. L'orina aumentata nella sua quantità, già dopo 4 giorni rivelava tracce appena apprezzabili di albumina, e nel sedimento non dava reperibili che scarsi cilindri ialino-granulosi. La pressione vasale da 200 mm. era discesa dopo 4 giorni a 145.

Per altri 40 giorni il Cricca restò in Ospedale, ma già una settimana dopo la crisi pneumonica cominciava a nutrirsi di cibi solidi, ed anche con la somministrazione ulteriore di carne e di albuminoidi non si ebbe alcuna influenza modificatrice sulla migliorata funzione renale. Dopo 12 giorni poteva alzarsi, ed era rifiorito nell'aspetto, senza più traccie di edemi cutanei nè di versamenti sierosi, e da allora gli esami più attenti e più completi della funzione renale non mostrarono deviazioni dal tipo normale, tanto da potersi dichiarare completamente guarito. Gli esami delle orine sono stati ripetuti sistematicamente, prima ogni 15 giorni e poi ogni mese, e sempre con identico risultato. Oggi, a 8 mesi di distanza, il Cricca è un forte e robusto lavoratore che si nutre regolarmente e stà perfettamente bene.

***

Il primo supposto che s'affaccia alla nostra considerazione riguarda l'eventuale comunanza etiologica delle due affezioni.

Come risulta dalla storia del malato la nefrite fu secondaria ad una tonsillite febbrile che rappresentò l'episodio iniziale della malattia circa tre mesi prima. Fu la polmonite causata dallo stesso germe che localizzatosi da prima nelle tonsille diede origine poi all'affezione renale? Credo si debba senz'altro escludere questa eventualità, specialmente in base a un dato epidemico. Erano comparsi in quell'epoca alcuni casi di polmonite, e proprio nella stessa sala si trovavano degenti due malati che avevano presentato l'andamento tipico della polmonite franca, lobare.

L'interesse del caso clinico però sta principalmente nella interpretazione della strana influenza che il processo pneumonico, e in ispecie la sua soluzione critica, deve avere esercitato sulla affezione renale, affezione che, come è noto, non offre mai nel suo andamento una rapida risoluzione per crisi, ma nei casi favorevoli una lentissima evoluzione. Nel caso particolare poi la lesione renale appariva di notevole gravità, e il suo progressivo accentuarsi nel corso di tre mesi portava ad una prognosi decisamente sfavorevole.

Possiamo supporre, con un concetto aprioristico d'ordine generale, che gli stessi moventi determinanti la crisi pneumonica abbiano travolto in una identica e rapida crisi risolutiva il processo renale, portando ad un esito eccezionalmente favorevole.

Ma quali fenomeni si saranno svolti in quell'organismo e particolarmente in quei reni, per aversi un risultato così inatteso e fuori dell'evento più comune?

Può questo eccezionale risultato suggerirci qualche idea relativa al trattamento delle nefriti, affezioni a decorso così lungo, e così ribelli alle nostre cure?

Non credo si possano dare risposte esaurienti a queste domande, perchè l'interpretazione del singolare episodio potrà aprire il varco soltanto ad ipotesi molteplici e svariate. Accennerò brevemente ad una soltanto, che riporterebbe tale evenienza episodica ad un fenomeno di anafilassi.

Già da tempo le più accurate indagini furono rivolte ad interpretare il sorprendente fenomeno a cui assistiamo così sovente, cioè la rapida crisi risolutiva della polmonite. Siccome è accertato da ricerche batteriologiche che nonostante la pronta defervescenza febbrile al termine del settenario e il consecutivo miglioramento del malato, il diplococco rimane vivo e virulento nel polmone, si è supposto che il movente della crisi risieda in una intossicazione proteinica secondaria a trasformazioni avvenute nel focolaio pneumonico, che avrebbe una speciale e rapida azione modificatrice della crasi sanguigna. Queste proteine organiche, e probabilmente il peptone, prodotto da trasformazioni dell'essudato pneumonico nello stadio ultimo di epatizzazione, agirebbero come proteine eterogene capaci di scatenare un ictus violento. Tale ictus è il frutto di probabili rapide modificazioni della crasi del sangue, per cui i componenti del siero subiscono una improvvisa alterazione nei loro rapporti. Sarebbe cioè la rottura dei rapporti di equilibrio tra i colloidi del sangue che determinerebbe lo shok anafilattico. Questi colloidi del siero di sangue, specie i meno stabili, presenterebbero una improvvisa precipitazione o flocculazione, per l'azione di agenti specifici o non specifici, dando luogo all'ictus anafilattico.

Tale procedimento, portato ad interpretare la crisi nella polmonite, avrebbe coinvolto nel caso nostro con profonda e rapida trasformazione anche il processo renale. Le stesse proteine cioè, originate dal focolaio pneumonico, portando ad una improvvisa alterazione dello stato colloidale del siero hanno agito indirettamente anche sui glomeruli e sull'alterata funzione renale con effetti e risultati identici a ciò che avviene negli alveoli del polmone al momento della crisi risolutiva.

Noi sappiamo che l'introduzione di proteine eterogene è capace di scatenare un ictus identico anche in altre malattie. Si può ad esempio, con l'iniezione di peptone o di altre proteine, aversi l'interruzione di un tifo e una caduta pronta della febbre, riproducente talvolta la perturbatio critica della polmonite. E si può allora supporre che qualche cosa di simile possa accadere anche nelle nefriti. Anche in queste affezioni la restitutio ad integrum che per solito si ha con lentissimo procedimento, potrebbe ottenersi anche rapidamente attraverso una violenta modificazione provocata da agenti capaci di alterare l'equilibrio colloidale del sangue. L'esito ottenuto nel caso da me descritto comproverebbe questo concetto. Si tratta di un solo caso, che però assume una speciale importanza per le particolari condizioni di chiarezza in cui si è svolto. E se è vero, come scriveva il Trousseau, che 10 casi valgono più di uno, e 100 più di 10, è altrettanto vero ciò che soggiunge il Murri, che anche un solo caso può portare talvolta un grande insegnamento.

Di recente mi è occorso di vedere assieme ad un collega una giovane sposa che sul declinare di una infezione tifoidea aveva pre-

sentato una gravissima complicanza nefritica. Erano comparsi edemi ed un grave stato comatoso, mentre l'orina assai scarsa di quantità conteneva circa il 7 per mille di albumina e notevole copia di cilindri ed elementi renali. Non mi sentirei autorizzato ad affermare che una terapia proteinica da noi largamente applicata, abbia guarito l'inferma che per la grave complicanza renale portava ad una prognosi riservatissima.

Riferisco soltanto che l'ammalata ebbe un miglioramento rapido e una pronta e decisa guarigione.

REPARTO PEDIATRICO DEGLI OSPEDALI CIVILI DI SAMPIERDARENA.

Intorno ad un caso di albuminuria ortostatica di grado elevato guarito colla ginnastica medica

per il prof. ALFREDO GISMONDI, primario dirigente.

Se al giorno d'oggi non è più possibile aderire completamente alla teoria di Jehle, che attribuisce alla lordosi lombare l'importanza di causa unica determinante nella patogenesi dell'albuminuria ortostatica (e chiamata perciò dal sopra nominato autore *albuminuria lordotica*), in quanto che si è visto che possono esistere albuminurie ortostatiche senza lordosi lombare e lordosi lombari senza albuminuria, bisogna tuttavia riconoscere che spessissimo, e oserei dire nella maggioranza dei casi di albuminuria ciclica a tipo ortostatico, i pazienti presentano un grado più o meno elevato di lordosi lombare.

Inoltre i risultati inoppugnabili delle ricerche di sperimentatori italiani e stranieri, i quali facendo assumere una posizione di forzata lordosi lombare a soggetti *anche sani* hanno ottenuto un'albuminuria transitoria, dimostrano a sufficienza che, se pure è necessaria una predisposizione da parte dei soggetti, pure la lordosi lombare interviene per lo meno come concausa di importanza tutt'altro che trascurabile.

Tale predisposizione è costituita da una particolare labilità dell'apparato renale, funzione di tare costituzionali, neuropatie, discrasie, ecc., oppure di stati tossi-infettivi di varia origine, e primo fra tutti l'infezione tubercolare. Anzi non sono mancati coloro che vollero mettere in rapporto l'albuminuria ortostatica colla cosidetta *albuminuria pretubercolare;* espressione questa quanto mai impropria, perchè essa non è che l'indice di una infezione tubercolare già esistente, e solo clinicamente muta o pressochè tale. Tuttavia le ricerche di Götzky e d'altri per mezzo della cutireazione alla tubercolina in soggetti affetti da albuminuria ortostatica hanno dimostrato che quest'ultima può in moltissimi casi manifestarsi all'infuori dell'infezione tubercolare.

L'importanza del fattore *lordosi lombare* è stato infine confermato dall'osservazione clinica, che con una opportuna correzione volontaria della lordosi si poteva ottenere una scomparsa dell'albuminuria nei pazienti. Per questo è da meravigliarsi che nella terapia di questa affezione ben raramente si sia pensato ad una correzione definitiva della deviazione vertebrale. Non mi è riuscito infatti nella letteratura medica sull'argomento di trovare se non due soli lavori su una possibile correzione meccanica della lordosi: il primo di Preleitner nel 1909, ispirato da Jehle, e nel quale l'autore descrive un modello di speciale cinto antilordotico; e il secondo di Fischl e Popper nel 1915, nel quale viene accennato che coll'applicazione di un busto ortopedico in vari casi di albuminuria ortostatica con lordosi lombare si era ottenuta una costante scomparsa dell'albuminuria dalle urine ed un miglioramento nelle condizioni generali dei pazienti.

***

Alla fine del 1917 mentre ero richiamato alle armi come Maggiore Medico di Complemento, ebbi l'incarico dell'organizzazione e della direzione del Centro Fisioterapico militare di Rapallo, incarico che mi fu grandemente agevolato dalla collaborazione di distintissimi colleghi, primo fra i quali il valente neurologo prof. Ricca che portò in quel campo, ancora poco noto, tutto il prezioso frutto del suo acume clinico e della sua non comune coltura. Durante i non pochi mesi in cui fui preposto a tale servizio, ebbi occasione di convincermi della grande efficacia della ginnastica medica nella correzione degli atteggiamenti viziati tanto degli arti come della colonna vertebrale nei soldati affidati alle nostre cure. La ginnastica medica era praticata da valenti istruttori preparati sotto la guida illuminata e sapiente del prof. Gualdi di Roma.

L'esperienza adunata in quel periodo di tempo mi portò a pensare che si poteva forse applicare la ginnastica medica ai casi di lordosi lombare che accompagnano l'albuminuria ortostatica: ed il caso che ora credo utile di riferire, sia per il non breve periodo di osser-

vazioni, sia pel grado elevato che raggiungeva l'albuminuria, e più ancora pei risultati ottenuti, è venuto a dar ragione alle mie considerazioni teoretiche.

Si trattava di un giovinetto di 15 anni, certo A. Luigi, che fin dal luglio 1919 avevo avuto occasione di visitare per turbe digestive, anemia e albuminuria a tipo nettamente ortostatico.

Malgrado le comuni cure, nell'aprile del 1922 l'albumina eliminata colle urine del giorno oltrepassava l'1 ‰; quelle della notte non ne contenevano traccia. Il soggetto era di statura bassa ma a sviluppo muscolare assai buono, piuttosto pallido di colore, presentava un discreto pannicolo adiposo sottocutaneo, negativo ne era l'esame dei visceri e solo si notava una discreta patina linguale. Esisteva un notevole grado di lordosi lombare in corrispondenza delle prime vertebre.

Un esame delle urine del giorno praticato nel maggio 1922 dava:

Aspetto limpido; colore giallo citrino; densità 1022, albumina 1 ‰ circa; zucchero assente.

Sedimento: qualche raro frammento di cilindro ialino o granuloso; qualche leucocita; rare cellule delle vie urinarie inferiori.

Trattandosi di osservazione ambulatoria non fu possibile praticare altre indagini.

Per discriminare l'azione della lordosi lombare, da quella dello sforzo muscolare nella produzione dell'albuminuria, feci fare al paziente, s'intende dopo avere svuotata la vescica, una corsa moderata in bicicletta per circa un'ora, su una macchina da corsa a manubrio basso, in modo da correggere non solo completamente la lordosi, ma da portare anzi tutta la colonna vertebrale in relativa cifosi. L'esperimento ebbe luogo il 19 luglio 1922: il risultato fu che *l'urina emessa dopo la passeggiata in bicicletta era completamente libera da albumina.*

Convintomi così con questo *argumentum crucis* della necessità di correggere nel soggetto in modo radicale e definitivo la lordosi lombare, per ottenere una radicale guarigione dell'albuminuria, affidai tale incarico all'ottimo maestro di ginnastica il cav. Andrea Raffo, le cui preziose qualità avevo già a suo tempo avuto agio di apprezzare, avendolo avuto alle mie dipendenze in qualità di sottoufficiale istruttore di ginnastica presso il sopramenzionato Centro Fisioterapico Militare.

Dopo una ventina di sedute, che ebbero luogo nei mesi di agosto-settembre 1922, si notava già una apprezzabile correzione della lordosi lombare, e l'albumina nelle urine del giorno era già ridotta a tracce: le lezioni dovettero poco dopo interrompersi per ragioni indipendenti dallo stato di salute del paziente; ma questi continuò tuttavia per suo conto a praticare gli esercizi ginnastici che gli erano stati indicati, e aventi per iscopo principale il rinforzo dei muscoli lombari e addominali.

Ebbi occasione di rivedere il soggetto nel luglio del corrente anno 1923; l'albumina è completamente scomparsa dalle urine del giorno, sono migliorate le condizioni generali, ed è notevolmente ridotta l'insellatura lombare.

* * *

Ho voluto rendere di pubblica ragione il presente caso perchè credo sia il primo trattato col metodo della ginnastica medica, la quale può d'ora innanzi rappresentare un buono ed efficace metodo di cura in quelle albuminurie ortostatiche, e non sono poche, in cui esiste contemporaneamente una lordosi della colonna lombare. La correzione che in questa deviazione si ottiene colla ginnastica medica appare sotto ogni rapporto superiore a quella che si può ottenere coll'applicazione di un busto ortopedico, giacchè questo ultimo, come giustamente afferma Langstein, se pure impedisce l'eliminazione d'albumina, non migliora la costituzione del soggetto; senza poi contare tutti gli inconvenienti che derivano dall'uso continuo di un apparecchio contentivo di tale natura. La ginnastica medica oltre al correggere la deviazione locale, agisce anche in senso favorevole sulla costituzione e sullo sviluppo, e lascia perfettamente liberi i visceri, la cute e i movimenti del soggetto.

LAVORI CITATI.

JEHLE L. *Die lordotische Albuminurie (orthostatische Albuminurie).* Ihr. Wesen und ihre Therapie. Leipzig-Wien, Deuticke 1909.

PRELEITNER K. *Orthopädischer Apparat zur Verhinderung der lordotischen Albuminurie.* Wien. Klin. Wochenschr., vol. XXII, p. 275, 1909.

GÖTZKY FR. *Zur Kenntnis der orthotischen Albuminurie.* Jahrb. für Kinderh., vol. 71, p. 427, 1910.

FISCHL R. e POPPER E. *Beiträge zur Kenntnis der Dispositions albuminurie.* Jahrb. f. Kinderh., vol. 81, p. 31, 1915.

LANGSTEIN L. *Erkrankungen des Urogenitalsystems in Schlossmann e Pflaundlers Handb. der Kinderh.* 2 Auff., Leipzig, Vogel 1910, vol. II, p. 50.

Memento.

NOTE E CONTRIBUTI.

Breve relazione sulla vaccinazione profilattica antiscarlattinosa praticata durante un'epidemia di scarlattina

del dott. ADRIANO PIATTELLI
Medico condotto e Ufficiale sanitario
del Comune di Carsoli (Aquila).

Negli ultimi tre mesi del 1923 si è sviluppata a Carsoli (Aquila), ove vivono circa 2 mila persone, un'epidemia di scarlattina a carattere piuttosto maligno. Le persone colpite furono diciotto; i morti quattro.

Durante tale epidemia nella cura dei malati ci attenemmo alle norme abituali in uso.

Nella profilassi, subito dopo i primi casi, adottammo il vaccino antiscarlattinoso, di recente introdotto nella pratica dal prof. Caronia, direttore della R. Clinica Pediatrica di Roma e da lui gentilmente fornitoci.

Vaccinammo complessivamente (con tre iniezioni a giorni alterni) 59 bambini, dei quali 17 appartenenti a famiglie di scarlattinosi e 42 appartenenti a famiglie nelle quali non si era verificato alcun caso di scarlattina.

Nessuno dei vaccinati fu colpito dalla malattia.

Dato l'interesse dell'argomento e dato che nei piccoli centri si può meglio seguire il decorso di una epidemia e si può valutare la bontà di un metodo di profilassi, mi pare valga la pena scendere a qualche particolare.

Il primo caso di scarlattina apparve in Carsoli il 19 settembre 1923 nella persona di Ovidio T., di anni 40: nella famiglia viveva una sola bambina, Maria Luciana di mesi 15. Fu vaccinata e non contrasse l'infezione.

Il 7 ottobre ammalò Lucia S., di anni 8: furono subito istituiti con rigore gli abituali provvedimenti profilattici: disinfezione degli ambienti, avvertimenti alla famiglia e isolamento del bambino. Nella casa vivevano altri tre bambini: dopo 9 giorni fu colpito uno di essi, Carlo S., di anni 6; dopo altri 7 giorni fu colpita nella stessa casa la signora A. M., di anni 30, che stava ivi a pensione.

Il 9 ottobre subito, dopo il primo caso, fu colpito il bambino Gaetano F., di anni 3 abitante nelle vicinanze: in casa viveva un solo altro bambino di anni 5 che non fu colpito.

Il 13 ottobre ammalò il bambino C. Giorgio di anni 2: in casa vivevano altri due bambini, Lucia di anni 5 e Vincenzo di anni 4. Il 21 ottobre ammalò di scarlattina pure Lucia.

Il 23 ottobre ammalò il bambino D. S. Giuseppe, di anni 4, in casa vivevano i fratelli Carlo, Maria e Wanda, rispettivamente di 7-8-2 anni. La famiglia rifiutò la vaccinazione. Il 29 ottobre ammalò Wanda che morì dopo tre giorni: furono subito vaccinati gli altri due bambini che non contrassero l'infezione.

Il 3 novembre ammalò la bambina Lina C., di anni 3. In casa viveva un'unica sorella Ida di anni 4, fu vaccinata e non ammalò.

Il 4 novemre ammalò il bambino Lippa P., di anni 3, abitavano in famiglia altri 4 figli, la famiglia si oppose alla vaccinazione: il 16 novembre ammalò una sorellina a nome Rosa di anni 5.

Il 14 novembre ammalò la bambina di G. Battista N. di anni 3; morì dopo 4 giorni. Furono subito praticate le iniezioni antiscarlattinose in altri tre fratelli, Vittoria di anni 6, Antonio di anni 4 e Pietro di 1: non contrassero l'infezione.

Il 16 novembre ammalò la bambina P. Evelina di 20 mesi: aveva due fratelli: Paolo di anni 4 e Adriano di mesi 6, che furono vaccinati e non ammalarono.

Il 18 novembre ammalò il bambino D. N. Mario: furono vaccinate le tre sorelle: Delia, Eufrasia e Marcella, rispettivamente di 12, 5 e 4 anni: nessuno ammalò.

Il 29 novembre ammalò la bambina C. Rosa di mesi 19, cugina del D. N. Mario e la cui madre era stata frequentemente a visitare il bambino ammalato: furono vaccinati i fratelli: Pia, Enzo e Francesco di 11-7-5 anni: nessuno ammalò, la bambina colpita morì dopo 24 giorni di malattia.

Il 5 dicembre ammalò il bambino C. Decimo di mesi 10 a sua volta cugino della precedente. La famiglia da principio non volle far vaccinare i tre altri figli: Michele, Alfredo e Linda rispettivamente di 5, 4 e 2 anni. Il bambino ammalato morì. Il 12 novembre ammalò pure Linda: furono allora vaccinati gli altri due bambini che non contrassero l'infezione: questo fu l'ultimo caso di scarlattina.

Durante l'epidemia oltre quelli ricordati furono vaccinati altri 34 bambini appartenenti a famiglie ove non era avvenuto alcun caso di scarlattina, ma che in maggioranza o abitavano in vicinanza di scarlattinosi ovvero erano parenti di scarlatinosi, oppure eranò stati in relazione o addirittura in contatto con scarlattinosi: nessuno ammalò di scarlattina.

I loro nomi sono i seguenti:

Anna C., di anni 3; F. Giulio, di anni 10; Giulia D. M., di anni 6; T. Renzo, di anni 2; T. Mario, di mesi 9; M. Claudio, di anni 9; C. Anna, di mesi 14; N. Maria, di anni 1; B. Linda, di anni 4; Adriana, di anni 6; Ernesto, di anni 2, Elvira, di anno 1; D. M.; Dora, di anni 3; Angelina, di mesi 22; M. Ugo, di anni 5; F. Enzo, di mesi 14; F. Giuliana, di anni 2 e mezzo; P. Augusto, di mesi 19; D. G. Ermanno, di anni 2; D. G. Domenico, di mesi 6; D. A. Enzo, di anni 8; D. A. Silvio, di anni 2; D. A. Elide, di anni 3 e mezzo; V. Arturo, di anni 7; G. Benedetto, di anni 4; G. Rita, di anni 6; C. Clara, di anni 7; L. Alberto, di anni 5;

L. Pasquale, di anni 2; C. Anna, di mesi 11; P. Rutilio, di anni 4; A. Giacomina, di anni 11; C. Giulio, di anni 3; C. Nino, di anni 3; A. Maria, di anni 4; B. Augusto, di anni 2; D. L. Carlo, di anni 4; D. L. Giulia, di mesi 14; P. Giovanni di anni 4; P. Delia, di mesi 9; Enrico D., di anni 2.

Riepilogando, durante l'epidemia avemmo 18 casi di scarlattina in 12 famiglie: in 4 famiglie di scarlattinosi non fu praticata affatto la vaccinazione. Esclusi i primi colpiti, vivevano complessivamente in queste famiglie 9 altri bambini: 3 ammalarono; inoltre ammalò una persona adulta.

In due famiglie dopo il primo caso la vaccinazione non fu praticata: di 6 bambini ne ammalarono 2, vaccinati gli altri 4, non ne ammalò nessuno.

In 6 famiglie la vaccinazione fu praticata subito dopo il primo caso: di 13 bambini non ne ammalò nessuno.

Dei 42 bambini vaccinati in famiglie dove non c'erano scarlattinosi, ma che, come si è detto, erano stati in maggioranza in relazione con scarlattinosi, nessuno contrasse l'infezione.

Si aggiunga inoltre che nelle famiglie dei colpiti nelle quali non si fecero vaccinazioni furono adottate rigorose misure d'isolamento e di disinfezione; mentre i bambini vaccinati sia delle famiglie dei colpiti, sia di quelle non colpite furono esposti maggiormente all'infezione, giacchè i familiari una volta vaccinati i bambini non si curarono degli altri provvedimenti profilattici.

Da quanto sopra si è esposto mi pare si possa concludere che nella epidemia di Carsoli la vaccinazione antiscarlattinosa ha avuto un indiscutibile valore profilattico.

Carsoli, 25 febbraio 1924.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

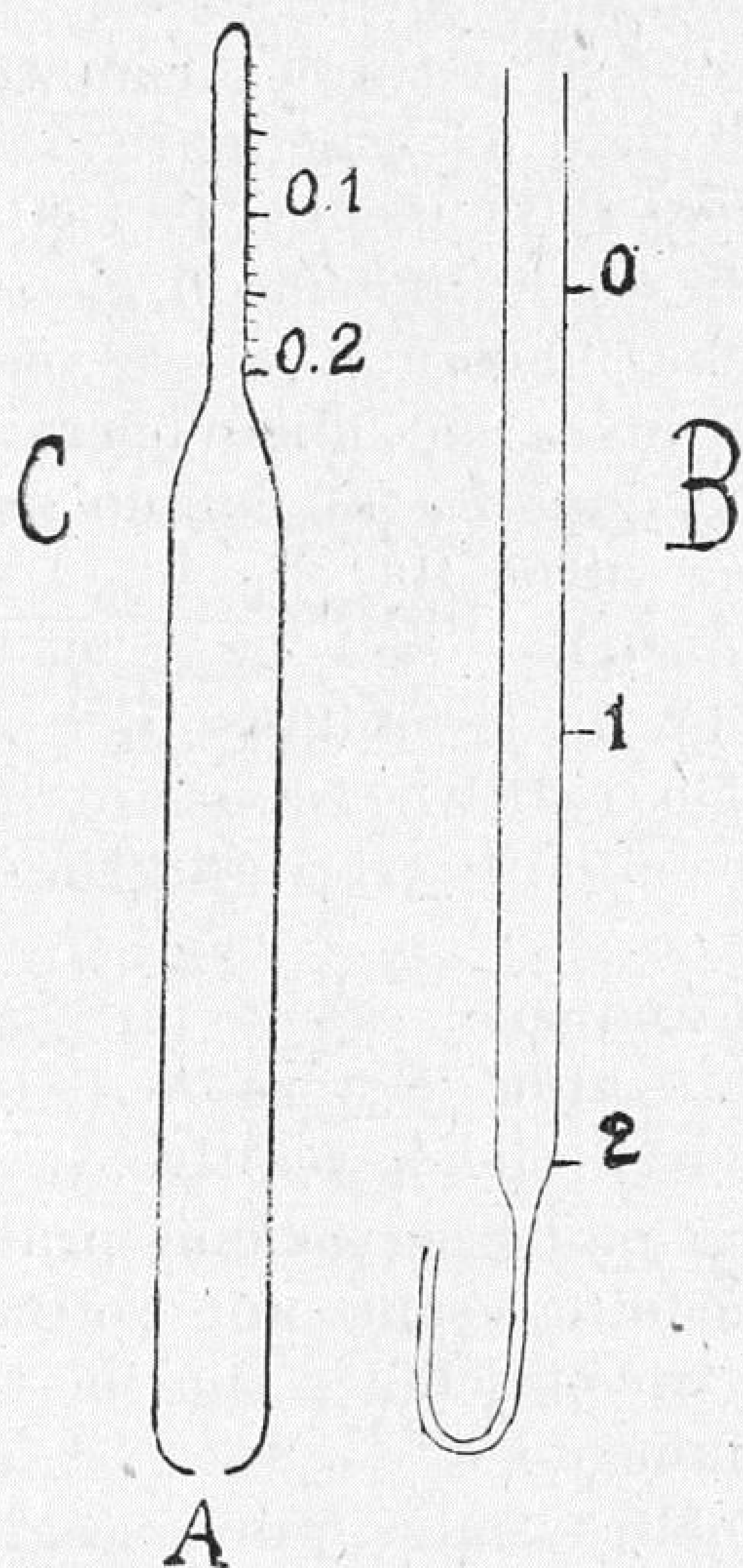
Tecnica per il dosaggio dell'urea in piccole quantità di sangue.

Dott. GUIDO EGIDI.

Questa tecnica è un'applicazione del noto metodo di dosaggio fondato sulla creazione dell'ipobromito di sodio sull'urea.

Dopo che il siero di sangue è stato trattato a parti eguali con acido tricloroacetico e filtrato, il dosaggio si fa su un centimetro cubico di filtrato, cioè su cc. 0,5 di siero.

Usando una così piccola quantità di siero è possibile ripetere gli esami più volte, senza recar molta molestia al paziente. Ciò agevola le ricerche che sono necessarie specialmente



nei malati di ritenzione di orina per ipertrofia della prostata; nei quali lo stato della funzione renale, all'inizio del trattamento e dopo i cateterismi o i drenaggi ipogastrici, deve essere più volte saggiata per stabilire la opportunità e il modo e il tempo di attuare la cura radicale.

La tecnica che viene esposta non ha la pretesa di essere un procedimento di elezione, sebbene appaia e sia rigorosa nella sua semplicità.

A me pare che il suo pregio, forse unico, in confronto di altri procedimenti che pure permettono di eseguire il dosaggio su piccole quantità di sangue, consista nel far svolgere la reazione in un apparecchio completamente privo d'aria e nell'ottenere questo scopo più agevolmente di quanto si possa fare usando apparecchi di molto maggior volume.

A un estremo di un tubo del diametro di cm. 1 circa, lungo cm. 8-10 viene saldato un tubicino di vetro graduato al centesimo di centimetro e scelto così sottile che la graduazione sia ben leggibile.

L'estremo libero del tubicino graduato è chiuso.

L'estremo libero del grande tubo viene ristretto fino al diametro di cm. 0,2-3.

Se ora il sistema viene riempito di liquido e rovesciato, come è noto, non si versa liquido. Si riempie di liscivia bromica di sodio e si rovescia.

In tali condizioni ogni più piccola quantità di gas che si sviluppi nel sistema andrà a raccogliersi all'estremo superiore ove si trova il tubicino graduato al centesimo.

Si tratta ora di portare a contatto dell'ipobromito il liquido da esaminare. L'introduzione deve essere fatta mentre l'apertura del tubo è volta in basso affinchè il gas che si svilupperà e che tenderà a salire verticalmente in alto non abbia ad andar perduto.

Uscirà una quantità di liquido pari a quella che verrà introdotta.

Se l'introduzione verrà fatta vicino al foro A, il liquido da esaminare può mescolarsi con il liquido reattivo ed uscire in quantità maggiore o minore. Il dosaggio non sarà esatto.

Ma se l'introduzione verrà fatta alcuni centimetri più in alto del foro A, il liquido che uscirà non sarà che il reattivo.

Ciò risulta dall'osservazione pratica che il liquido introdotto forma una sottile colonna, visibilmente riconoscibile, che ha tendenza a salire rapidamente.

Risulta inoltre dalla prova seguente: aggiungendo fenolftaleina al liquido da esaminare, appena questo si mescola col reattivo — che è alcalino — si ha una viva colorazione rossa. La colorazione rossa si diffonde rapidamente in alto, meno rapidamente alle parti medie, lentamente in basso. Gli strati inferiori non sono ancora tinti in rosso quando l'introduzione del liquido da esaminare è già compiuta e dal sistema è uscita una pari in volume quantità di liquido reattivo.

Tutto ciò, nei limiti che abbiamo scelto, è esatto.

L'introduzione nel sistema del liquido da esaminare potrebbe essere fatta con una siringa munita di ago; ma mi è sembrato preferibile usare una pipetta della forma B.

Essa è graduata al centimetro. Dall'estremo grande di essa viene introdotta, con una pipetta a estremo sottile, una quantità di liquido da esaminare un po' maggiore di 1 cc.

L'estremo lungo della pipetta B viene chiuso con un dito e, situata la pipetta verticalmente, si solleva il dito fino a che dall'estremo curvo e sottile della pipetta esca tanto liquido che il livello superiore di esso raggiunga esattamente il segno voluto. Si arresta allora di nuovo il flusso del liquido e si introduce l'estremo sottile della pipetta nel tubo C rovesciato. L'estremo della pipetta si fa salire per 3-4 cm. Se ora si apre il foro superiore della pipetta, che era chiuso dal dito, il liquido della pipetta (che è sotto la pressione atmosferica) viene rapidamente aspirato nel tubo C' (nel quale la pressione è eguale alla pressione atmosfrica meno il peso della colonna liquida contenuta nel tubo C).

Quando dalla pipetta è passata in C la quantità di 1 cc., la parte sottile della pipetta viene estratta da C.

Se la pipetta viene chiusa quando il suo estremo è ancora profondamente immerso in C e viene poi estratta, al posto lasciato vuoto dalla pipetta entrerà dell'aria. Ciò si deve assolutamente evitare.

Quando si è introdotta quasi completamente la quantità voluta di liquido, si comincia ad estrarre la pipetta e non la si chiude che ad estrazione quasi compiuta.

Atteso che la quantità di liquido da esaminare — acido — è cc. 1 e la quantità di reattivo-alcalino — è superiore a 5 cc., è inutile neutralizzare il liquido da esaminare come si suole fare nei processi nei quali il liquido da esaminare si fa agire su volumi pari o minori di reattivo.

Atteso che nell'apparecchio non si trova altro gas che quello che si forma dalla scissione chimica dell'urea, tutte le correzioni dovute all'interferenza di fenomeni capillari, termici e barometrici divengono trascurabili.

Nella seguente tabella sono indicati i valori di azoto che corrispondono alle diverse indicazioni della scala graduata.

Gas svilupp. c. c.	Azoto ‰		Gas svilupp. c. c.	Azoto ‰	
	T 5°	T 15°		T 5°	T 15°
0.03	0 162	0 156	0.12	0.649	0 625
0 04	0 216	0 208	0.13	0 703	0 678
0.05	0.270	0 260	0 14	0.757	0 730
0 06	0 324	0 312	0.15	0.811	0 782
0 07	0.378	0 365	0.16	0 835	0 834
0.08	0.432	0.417	0.17	0.920	0.886
0.09	0.487	0.469	0.18	0.974	0.938
0.10	0.541	0.521	0.19	1.028	0 991
0.11	0.595	0.573	0.20	1.082	1 043

Dalla tabella appare che la funzione renale è buona quando il gas sviluppato sia meno di cc. 0,1; peggiora progressivamente tra cc. 0,1 e 0,2; è decisamente difettosa quando superi cc. 0,2.

Oltre questo limite la prognosi è molto oscura e le operazioni di solito non sono consentite.

Ho arrestato a questo punto la scala per ragioni pratiche. Volendo con lo stesso apparecchio fare una determinazione esatta anche oltre 1 ‰, si può diluire il liquido d'esame o usare un apparecchio più grande.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Epilessia.

(H. CURSCHMANN. *Münch Med. Woch.*, 8 febbraio 1924).

L'A. intende trattare della sola epilessia vera e genuina (e. v.).

L'inizio dell'affezione ha luogo quasi sempre in gioventù, il più spesso durante l'età della scuola o la pubertà; più raramente verso il 30° anno.

Sembra non vi sia distinzione di sorta per il sesso e il mestiere. La malattia insorge per lo più su di un terreno predisposto ereditariamente: assai di frequente occorre infatti osservare la presenza di una tara generale neuropatica.

I figli degli epilettici ammalano in media in proporzione del 9 %; quelli dei non epilettici dell'1 ½-2 %.

Siamo ancora ben lontani dal poter rappresentare la predisposizione all'epilessia con un unico stato corporeo. Al riguardo è ancora da dimostrare l'esistenza di una speciale costituzione endocrina (p. es. iperadrenalismo) o di una predisposizione stereotipa legata al ricambio. Inesistenti sembrano eziandio i rapporti con determinate costituzioni vegetative, quali la vago- e la simpaticotonia. È assai probabile peraltro che tale predisposizione idiotipica risieda nel cervello stesso con i suoi attributi funzionali e somatici. Con ciò naturalmente non deve escludersi il valore di agenti provocatori o acceleratori occasionali e di alcune azioni nocive esogene o endogene, quali i traumi fisici e psichici, gli strapazzi, l'alcoolismo, la sifilide ed altre infezioni.

L'attacco epilettico si produce talvolta sotto l'influenza di determinate cause occasionali: paura, sensazioni di freddo o di caldo, mestruazioni, eccesso di bevande alcooliche, caffè, ecc. Spesso manca ogni causa immediata. Precede assai di frequente uno stadio prodromico, la cosidetta «aura», consistente in svariate specie di disturbi, sensitivi, motori o psichici. L'aura ha per lo più la durata di alcuni secondi o minuti. Le turbe psichiche sogliono durare più a lungo e possono anche precedere l'accesso di ore o di giorni. Non di rado tutto finisce con la semplice aura: essa acquista allora valore di «equivalente epilettico».

L'attacco sopravviene quasi sempre all'improvviso: precede in genere l'insorgenza di contrazioni toniche del tronco, del collo e delle estremità. L'a. cade in terra lì dove si trova. Le arcate dentarie vengono serrate spasticamente; spesso viene morsa la lingua. Per la partecipazione del diaframma e degli altri muscoli respiratorii si ha arresto del respiro e cianosi. A carico dei bulbi oculari si osserva di frequente uno spasmo di convergenza o altre anormalità di posizione; le pupille, dapprima ristrette, divengono poi dilatate e rigide alla luce. A questa breve fase di spasmi tonici succede lo stato clonico al quale partecipano presso a poco gli stessi territorii. Si osserva allora la comparsa di schiuma alla bocca, il corpo si ricopre di sudore freddo, non di rado si ha perdita delle urine e delle feci e, negli uomini, polluzioni. I riflessi tendinei sono per lo più esagerati uni- o bilateralmente, frequente è il Babinski.

Durante gli accessi tipici si ha completa perdita di coscienza, al contrario di quanto avviene nell'isterismo. Dell'attacco, ed anche di un breve periodo ad esso precedente, permane quasi sempre una completa amnesia.

In rari casi di e. v. gli spasmi, al principio, possono, come nell'e. jacksoniana, essere prevalentemente emilaterali. Un'emilateralità duratura è però straordinariamente rara.

Dopo l'accesso l'i. si sente debole, abbattuto, svogliato, stanco: molti dormono a lungo. Spesso vengono avvertite forti cefalee. Alle volte si manifestano alterazioni psichiche durature e stati crepuscolari.

La durata dell'attacco tipico può essere varia; per lo più è di soli pochi minuti (a differenza dell'attacco isterico che dura spesso alcune ore). In casi gravi però l'accesso può protrarsi per ore e giorni, costituendo il cosidetto «status epilepticus» non di rado mortale.

La frequenza degli attacchi è in genere assai diversa. A volte pochi in un periodo di parecchie diecine di anni, altre volte uno o più accessi al giorno. Più di frequente gli attacchi si ripetono ogni 2 settimane o ogni 2-3 mesi. Nelle donne il loro ripetersi coincide spesso, e abbastanza regolarmente, con i periodi me-

struali. In alcuni casi gli accessi insorgono di notte e si ha allora la cosidetta «epilessia notturna» di solito accompagnata da scarsi fenomeni ipercinetici.

Di fronte agli stati convulsivi ora descritti sonvi poi dei casi in cui si producono solo degli accessi lievi o lievissimi, di raro accompagnati da convulsioni più gravi (cosidetto «petit mal»). Si tratta alle volte di smorfie senza motivo, di fissità improvvise dello sguardo, di strabismo, di pallore o rossore repentini, di un digrignare dei denti o di speciali movimenti masticatori. Il malato prova soltanto un lieve offuscamento della coscienza del quale conserva per lo più un ricordo abbastanza preciso; spesso anche degli accessi di vertigini accompagnati o no da altri sintomi di Menière. Tutti questi disturbi hanno il valore di altrettanti equivalenti dell'e. v.

Gli stati crepuscolari possono manifestarsi sia prima che dopo un grave accesso; quando lo sostituiscono rappresentano degli importanti equivalenti psichici e possono allora avere la durata di giorni o di settimane. Non raramente in tali stati si producono anche disturbi psichici più complessi: scomparsa del senso della proprietà e accessi di cleptomania; più di frequente si osservano atti impulsivi, minacce, maltrattamenti, stati di forte eccitazione, fino al furore. Quasi tutti questi equivalenti sono seguiti da sonno e amnesia.

Altri equivalenti dell'e. v. possono essere dati da dipsomania, sonnambulismo, «pavor nocturnus» e enuresi.

Quanto più grave insorge un'e. v., tanto più precoci e pronunciate divengono le alterazioni psichiche alle quali essa conduce.

Conseguenza tipica dell'ultimo stadio dell'e. è la demenza semplice. Il cosidetto «carattere epilettico» è caratterizzato sopratutto da una esaltazione generale della eccitabilità: gli infermi divengono facilmente burberi, brutali, non di rado malvagi. L'epilettico è generalmente un testardo, nei suoi pensieri predomina la mancanza di chiarezza, una certa enfasi nelle espressioni verbali e scritte, oltre a prolissità e indeterminatezza: il parlare è spesso esitante, lento, modulato: talvolta si notano frequenti ripetizioni di sillabe.

La prognosi dell'e. va posta sempre con riserva. Molti di coloro che ammalano all'epoca della scuola resistono ad ogni terapia e finiscono dementi. Anche i casi di «petit mal» o con accessi rarissimi o del tutto mancanti, possono andar incontro ad alterazioni psichiche gravi. Naturalmente però non pochi, specialmente fra quelli colpiti dopo la pubertà, possono anche guarire. Senza dubbio la prognosi dipende in gran parte dal grado di compartecipazione della psiche. La morte, sopratutto in seguito al cosidetto «status epilepticus», si verifica relativamente assai più di rado che in seguito agli accidenti e agli incidenti che occorrono durante gli accessi. Nell'insieme l'e. accentuata tende ad abbreviare la durata della vita.

Per quanto riguarda l'anatomia patologica va notata la frequente sclerosi di uno o di ambedue i corni di Ammone: lesioni anzi dai più ritenute specifiche. Oltre a ciò, specialmente nei dementi, si osservano alterazioni degenerative cerebrali consistenti in atrofia ed in aumento delle fibre di glia. Nella corteccia spesso si riscontrano alterazioni di sviluppo (p. es. cellule fetali di Cajal).

L'essenza dell'a. epilettico va considerata quale una scarica del meccanismo spastico cerebrale prodottasi, in forma critica, in un cervello funzionalmente e morfologicamente predisposto, sotto l'influenza di un qualche elemento patogeno di origine chimica. La natura di quest'ultimo rimane tuttora da stabilire: è tuttavia da pensare alla possibilità di un'alterazione primaria endocrina (ad es. iperadrenalinica).

Per quanto concerne la cura l'A. ricorda che essa non deve limitarsi alle sole prescrizioni medicamentose. Già fra i varii mestieri verranno intrapresi i più sani, esenti da rischi corporei e non troppo gravosi psichicamente. Gli strapazzi corporei e morali di ogni sorta, l'uso dell'alcool verranno assolutamente proscritti.

Il bromuro di potassio e di sodio rappresentano i farmaci più in uso. Nell'adulto si incomincia colla dose di 3 gr. pro die, aumentando, per ottenere l'effetto e secondo tolleranza, fino a 2 gr. tre o quattro volte al g. Nei bambini (al disotto dei 14 a.) si somministrerà una dose giornaliera di 3-4 gr. L'uso del bromuro si continua per alcune settimane o anche per mesi, secondo la necessità; si didiminuisce poi lentamente fino alle dosi più piccole di 1 gr. tre-quattro v. al g. Non raramente l'interruzione repentina della somministrazione è seguita dalla ricomparsa di accessi multipli e talvolta da uno «status epilepticus» letale. Una certa limitazione nell'uso del Cl Na alimentare gioverà ad aumentare la efficacia e l'assorbimento del bromuro Na.

Le non rare intolleranze bromiche (acne ed altre dermatosi, sonnolenza, ebetudine) non autorizzano ogni volta a sospendere l'uso del farmaco: se ne potrà invece diminuire la dose, elevando nel contempo quale buon antidoto la quantità di sale concessa nella dieta.

Fra gli altri medicamenti il Luminale (feniletilmalonilurea) agisce spesso in modo sorprendente: negli adulti se ne somministra tre v. al g. gr. 0.10-0.15: in seguito la dose può ridursi a gr. 0.05: quest'ultima è quella usata nei bambini. Occorre però ricordare che anche l'uso del Luminale può non andar esente dalla comparsa di dermatosi anafilattiche, evitabili peraltro mediante contemporanea somministrazione di preparati a base di calcio (cloruro o lattato Ca, Kalzan, ecc.) e col dare dosi piccolissime all'inizio.

Nei gravi casi di «status epilepticus» si userà il cloralio (1-2 gr. più volte) e il Luminalsodio (gr. 0.3 più volte) per clistere.

Nei bambini o nei casi recenti con pregresse sindromi spasmofile o con presenza di stigmate tetaniche accentuantesi sotto forma di parossismi, l'A. riferisce ottimi risultati dall'uso dei sali di calcio, da soli o insieme col Br o col Luminale.

Nei casi di e. v. jacksoniana sembra all'A. acconcio il tentativo di un intervento operatorio, poichè, in alcuni singoli casi, mediante l'estirpazione della zona corticale interessata nella comparsa dello spasmo, si è potuta ottenere la guarigione.

In tutti i casi bisognerà tener presente l'eventualità di un'epilessia sintomatica in cui sia possibile la cura etiologica.

M. AGOSTINI.

Nuove vedute sull'etiologia e terapia della corea

(A. SALOMON. *Deut. Mediz. Woch.*, 8 febbraio, 1924).

Compito primario del neurologo nel considerare la natura di ogni stato patologico deve essere certamente quello della ricerca della sede del processo morboso.

I reperti anatomo-patologici della corea (come è noto relativamente scarsi) hanno fatto rilevare in più casi la presenza di processi encefalitici analoghi a quelli riscontrati nelle forme coreiche dell'encefalite.

Mentre, secondo alcuni, tali processi avrebbero come localizzazione preferita la via cerebello-rubro-talamo-striata; secondo altri, invece, avrebbero come sede il corpo striato. Altri ancora riferirebbero i disturbi coreici ad una interruzione di quel complesso sistema di fibre intercorrenti tra talamo, corpo striato, nucleo rosso e midollo spinale e, inversamente, tra cervelletto, peduncolo cerebellare sup. e nucleo rosso.

È però parere dai più condiviso che a tali investigazioni rimanga tuttora valore più che altro teorico e che, d'altra parte, si sia ancora ben lungi da una completa chiarificazione sul modo di prodursi della malattia.

Le osservazioni dell'A. riguardano 57 casi di corea. Circa l'etiologia sembra anzitutto da escludersi un rapporto con la sifilide. Nel materiale studiato, in un solo caso esisteva tale infezione nell'anamnesi dei genitori: nel paziente invero mancava ogni sintomo e la R. W. era negativa. Ripetuti e molteplici invece i casi in cui poterono mettersi in evidenza rapporti con un'infezione generale. Infatti, fra i 57 pazienti, in 43 (75 %) la corea insorse contemporaneamente o dopo una malattia infettiva. Si trattò in primo luogo di poliartrite reumatica e di endocardite. Due volte i fenomeni coreici furono preceduti dalla comparsa di porpora reumatica, in un caso di eritema nodoso: quindici volte venne riferito di angine, in un caso di natura difterica. L'influenza precedette in due casi. Complicazioni cardiache furono osservate nel 60 % dei pazienti.

In 8 casi soltanto mancò la constatazione di un'infezione contemporanea o precedente: fra questi va ricordato un caso accertato di corea isterica.

La morbilità più elevata cadde nei mesi più freddi dell'anno, mostrando, sotto tale riguardo, un andamento press'a poco parallelo a quello della poliartrite reumatica.

Quanto all'età, la maggior parte dei casi venne osservata tra i 10 e i 12 anni (65 %): con speciale preferenza venne colpito il 12° anno.

Questa particolare partecipazione dell'età prepubere merita la nostra considerazione, inquantochè, secondo l'A., appunto in questo periodo, profonde trasformazioni svolgentisi nei centri nervosi subcorticali determinerebbero, in seguito a influenze presumibilmente endocrine, quelle modificazioni della motoria generale proprie appunto della pubertà. Considerando poi la speciale sensibilità allora offerta da tali centri, quali tessuti in via di sviluppo, per le cause nocive, è facile comprendere l'azione elettiva che agenti infettivo-tossici potranno esercitare su di essi («locus minoris resistentiae») e su quelle stesse zone la cui partecipazione è stata or ora trattata quale causa dei movimenti coreici. Anche la cosidetta «chorea gravidarum» accennerebbe a una dipendenza dell'affezione da disturbi endocrini.

Il fatto poi che la crisi motoria si compie in modo molto più rapido e sensibile nelle femmine che nei maschi, darebbe spiegazione della preponderanza della corea fra il sesso femminile. I maschi ammalerebbero in media nella proporzione di un terzo rispetto alle femmine.

Per quanto riguarda la terapia, va innanzitutto accennato all'arsenico dal quale la maggior parte dei pazienti risentì effetti sicuri, sebbene talvolta un po' lenti. Oltracciò, in base al reperto, ripetutamente osservato nella corea, di un'elevata pressione del liquido c. r., l'A. praticò la puntura lombare in cinque casi, fra cui due gravi, ottenendone, specie in questi ultimi, ed in genere nello stadio acuto, risultati rapidi e soddisfacenti, tali da far raccomandare questo nuovo metodo di cura.

M. AGOSTINI.

I dolori isterici.

(GORDON e CARLETON. *Brain*, luglio 1923).

Come tutte le altre sensazioni il dolore consta di due elementi, l'uno affettivo, intellettivo l'altro. In effetti però nel dolore più che in altre sensazioni l'elemento affettivo è prevalente su quello intellettivo, tanto che Head sostiene che il dolore praticamente non è rappresentato sulla corteccia e che le lesioni superficiali del mantello cerebrale non hanno alcuna influenza sulle sensazioni dolorose. Il contrario avviene nelle lesioni subcorticali, e specialmente nella sindrome talamica di Roussy e Dejerine, nella quale sono interrotte le fibre di comunicazione tra il talamo e la corteccia. In queste condizioni le reazioni affettive di ogni specie sono sottratte al controllo corticale, e sopratutto quelle al dolore sono di una inusitata intensità.

In tali lesioni si hanno dolori acutissimi persistenti o parossistici, intollerabili e resistenti anche ai più energici analgesici. Head ritiene che questi dolori siano dovuti a stimolazioni di qualche parte del tronco afferente, che provocano una iperreazione affettiva. Egli afferma inoltre che vi sono due meccanismi indipendenti nella produzione del dolore, uno superficiale e l'altro profondo; però tutti gli impulsi capaci di provocare dolore, sia che provengano dalla cute o dagli organi profondi, s'incanalano per la medesima via, e dopo essere passati nel midollo al lato opposto raggiungono il talamo.

Il talamo è l'organo dove gli stimoli dolorifici si trasformano in sensazioni dolorose.

Non vi può essere dolore senza stimolazione delle fibre reattive e trasmettitrici. La espressione « dolore di origine centrale » usata per notare dolori apparentemente spontanei osservati in certe lesioni del sistema nervoso centrale, è insostenibile. In effetti questi dolori sono dovuti a minime eccitazioni delle fibre conduttrici, eccitazioni la cui reazione è straordinariamente vivace unicamente per le peculiari condizioni degli organi centrali, come nel già ricordato caso della sindrome Roussy-Dejerine.

La persistenza del dolore isterico, ossia di un dolore che si verifica in un soggetto isterico all'infuori di qualsiasi causa organica adeguata, non può essere che l'effetto della suggestione o dell'azione combinata della suggestione e di un complesso nel senso psicanalitico.

Tale dolore di solito è la continuazione di un dolore dovuto a cause organiche, può essere più o meno intenso, a seconda del grado di suggestibilità del soggetto, e si può intensificare divenendo il veicolo dell'espressione nella coscienza di altre reazioni affettive.

Il dolore isterico può essere riferito ad ogni parte del corpo ed assumere caratteri qualitativi e quantitativi variabilissimi, senza alcun rapporto con la parte alla quale vengono riferiti ed agli stimoli che sogliono provocarli.

Tra i dolori isterici ha notevole importanza dal punto di vista diagnostico, psicopatologico e terapeutico, la cefalea.

La cefalea isterica, come la forma tossiemica e di esaurimento della vera neurastenia, è in rapporto ad una dissociazione corticale con la conseguente indipendenza ed iperattività del talamo. Il dolore entro o in vicinanza della testa, dipendente da lesioni organiche, come le sinusiti, gli ascessi dentarii, le meningiti, almeno nel primo stadio è nettamente circoscritto, cioè ha un riferimento periferico. Solo successivamente, quando sopravviene la stanchezza o l'alterazione della corteccia cerebrale, come nella meningite, la cefalea diventa diffusa: ciò corrisponde allo stadio della dissociazione. Anche in questo periodo si può avere una vaga localizzazione del dolore, corrispondente al vago potere di riferimento spaziale posseduto dal talamo.

Probabilmente con questa concezione della dissociazione corticale si spiega l'elemento funzionale nelle affezioni dolorose generali. È ben noto che le intense preoccupazioni intellettuali possono sopprimere dolori anche violenti. Da altra parte la concentrazione dell'attenzione su di una vaga sensazione molesta può accrescerne la intensità affettiva fino a farla assurgere ad intenso dolore, come la concentrazione su di un oggetto estraneo può far scomparire una sensazione dolorosa.

Si deve quindi ammettere che la dissociazione corticale parziale non può in alcun modo impedire all'io pensante di concentrare o allontanare l'attenzione dalla sensazione dolorosa, e che la esistenza e la intensità del dolore è in funzione della indipendenza dei centri subcorticali.

Quindi il meccanismo patogenetico della cefalea isterica è analogo a quello di altre cefalee ugualmente prodotte da dissociazione della corticalità, che scopre il primitivo meccanismo sensitivo del talamo. Si tratta di un dolore vago e non localizzato, la cui intensità varia con il grado della concentrazione della attenzione e non con la forza dello stimolo. In tali casi la diagnosi differenziale può essere fatta solo per esclusione ed in ogni caso non con certezza.

Degni di rilievo sono anche i dolori cicatriziali. È ben noto che alcune cicatrici sono dolorose malgrado abbiano aspetto normale e non abbiano relazione, almeno in apparenza, con condizioni patologiche. In questi casi verisimilmente si tratta di fenomeni isterici. Al riguardo però bisogna tener presente che le fibre nervose impigliate nel tessuto cicatriziale possono provocare dolori nell'area di distribuzione del nervo al quale appartengono.

Nei casi veramente isterici di dolori cicatriziali la causa patogenetica va ricercata nella suggestione o nella perpetuazione di un dolore originariamente di causa organica.

In ambo questi tipi il dolore presumibilmente è dovuto a dissociazione corticale ed a iperattività talamica, e il trattamento terapeutico consiste nella suggestione.

La cura che si è dimostrata più efficace è la iperstimolazione dell'area dolorosa: sfregamento, pestamento, faradizzazione, applicazioni fredde o calde.

È ben difficile spiegare con quale meccanismo questa terapia riesca efficace.

Di regola i pazienti del genere sono ossessionati dai loro dolori, dalle loro sofferenze e vi concentrano tutta la loro attenzione.

Apparentemente questa concentrazione agisce come un'inibizione, per cui è impedito il ricollegamento tra talamo e corteccia. Può darsi che il metodo terapeutico su esposto provocando un vero dolore per rieducazione renda pervie le vie di collegamento tra i centri subcorticali e quelli superiori.

I dolori isterici dei visceri non hanno caratteri differenti da quelli derivanti da processi morbosi organici. Ed al riguardo è comune l'errore, che viene poi svelato con atti operativi inutili.

Il solo modo di guardarsi da tali errori è l'abitudine da parte dei chirurgi di tenere in giusta considerazione la mentalità dei loro pazienti.

In nessuna altra parte del corpo un'affezione organica si presta a far sopravvenire sintomi isterici. Il dolore di un'ulcera duodenale o di un'appendicite acuta si può perpetuare anche dopo l'operazione come un sintoma isterico. Si fa allora diagnosi di aderenze, il che spesso induce ad un nuovo intervento inutile.

Un dolore che generalmente viene considerato come isterico, mentre in effetti non è tale, è quello che accompagna le contratture siano esse stesse di natura isterica o complicazione di altre condizioni, come ad es., reumatiche. In questo ultimo caso il dolore non è isterico nè è dovuto a processi infiammatori, ma è in rapporto allo stato di ipertonicità del muscolo ed all'abnorme pressione delle superfici articolari.

In ogni caso di dolore per il quale sorga il sospetto della natura isterica la diagnosi differenziale non può essere stabilita se non per esclusione.

Non è consigliabile fidarsi delle così dette stigmate isteriche tanto apprezzate dalla vecchia clinica: si tratta di un criterio futile. Nè è prudente nei casi dubbi indugiarsi soverchiamente nella ricerca di sintomi, che, come è ben risaputo, possono essere creati per suggestione.

Un criterio positivo di diagnosi di maggior sicurezza è quello anamnestico: stabilire se il dolore si è prodotto per suggestione. Gli autori suggeriscono anche la ricerca psicanalitica del complesso che a loro avviso può riuscire utile alla diagnosi ed insieme curativa. *Dr.*

CENNI BIBLIOGRAFICI

B. DE VECCHI. *Trattato di anatomia patologica del prof. Pio Foà. Teratologia generale.* Unione Tipografica Editrice Torinese.

Questo complesso e importante capitolo di patologia che interessa non soltanto l'anatomo patologo, ma i cultori di ogni ramo delle scienze mediche, è, a noi pare, con molto ordine e completezza trattato dal De Vecchi.

Nella prima parte è trattata la patogenesi e l'ontogenesi delle mostruosità e la loro classificazione in base alla genesi formale e causale delle mostruosità e al fattore ereditario. Nella parte speciale in capitoli diversi sono descritte le varie specie di mostri unitari, doppi, con accenni anche ai rarissimi casi di mostri tripli o plurimi.

Segue alla trattazione una ricca e completa bibliografia sull'argomento.

Molte belle figure adornano il testo, di cui l'eleganza è ben nota a chi conosce gli altri volumi del trattato. A. M.

Prof. A. ASCARELLI. *Compendio di Medicina Legale.* — Editori Bucciarelli e Sampolesi, Roma.

Il sucesso rapido della prima edizione di questo libro ci esime dal tesserne l'elogio dell'attuale che ha sulla precedente il vantaggio del-

l'aggiornamento. È un libro indovinato perchè a differenza della maggior parte delle opere analoghe che abbondano più o meno di disquisizioni dottrinarie, ha un indirizzo schiettamente pratico. È una guida sicura per lo studente, e più ancora per il medico sia che eserciti come specialista la medicina legale, sia che di tanto in tanto venga chiamato a dare il proprio parere in quistioni giudiziarie.

L'A. si indugia a descrivere i vari metodi di indagine, e discuterne il loro valore comparativo, a precisare la portata dei reperti e dei sintomi, per modo che il giudizio possa scaturire più sicuro che sia possibile.

La esemplificazione di pratiche giudiziarie e di procedimenti di indagini dà al libro un inestimabile valore pratico, che può essere apprezzato da chi è costretto, è non vi è medico che non lo sia mai durante la sua carriera, a disorientarsi nel labirinto del corso della giustizia, nei dubbi e nelle incertezze che incombono in ogni quistione medico-legale.

Dr.

G. TROPEANO. *L'assistenza Sociale dell'Infanzia.*

In un'elegante edizione de *La Medicina Sociale* è uscito un nuovo libro del prof. Giuseppe Tropeano su l'argomento della sua anima e del suo cuore: *L'assistenza sociale dell'infanzia.*

È un volume di pagine trecento che rappresenta un documento chiarissimo di ciò ch'egli ha fatto in questi due ultimi lustri a favore dell'infanzia nella Città di Napoli, di ciò che si può fare — anche in un paese estremamente difficile come Napoli — quando v'è una volontà ed una fede.

È documentata in tale pubblicazione l'Opera dell'A. per la riforma dei Brefotrofi in genere e del R. Stabilimento dell'Annunziata in ispecie.

Vi sono norme precise su tutto ciò che significhi assistenza sanitaria ed assistenza sociale della maternità e dell'infanzia. V'è la documentazione sulla fondazione dell'Ospedale per bambini in Napoli e sullo sviluppo e funzionamento dell'Opera di Marechiaro e sulle varie istituzioni dell'A. create all'Annunziata. L'assistenza al bambino malato e l'assistenza al bambino sano costituiscono i capisaldi principali di questa esposizione facile, franca, ardita, tecnica, appassionata.

L'elegante volume — scientifico e pratico — in tutti i suoi profili rappresenta ancora una nobile azione per chi l'ha scritto e per chi lo acquista (nelle principali librerie) poichè il suo valore, in lire cento, va a beneficio dell'Asilo di Marechiaro.

A S

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 27 gennaio 1924.
Presidenza del prof. V ASCOLI, presidente.

Considerazioni critiche ed osservazioni istologiche nell'anemia perniciosa criptogenetica.

Prof. M. GHIRON. — L'O. in base ad osservazioni cliniche e a reperti istologici sostiene che mentre clinicamente ed ematologicamente spesso non è differenziabile l'anemia perniciosa criptogenetica, dall'an. perniciosa delle gravide, il reperto midollare permette di notare delle importanti differenze: poichè nella prima prevale la presenza di elementi indifferenziati, mentre nella seconda è caratteristica l'esaltazione dell'eritropoiesi normoblastica e mieloblastica con presenza di numerosi normoblasti e mielociti: rari sono i megaloblasti.

Tali differenze sostanziali secondo l'O. potrebbero spiegare le differenze del decorso clinico e talora del reperto ematologico.

Nuovo indirizzo nella terapia di alcune malattie infettive.

Prof. G. MEMMO. — L'O. riferisce alcuni tentativi di cura nell'infezione tubercolare. Partendo dal concetto che il rivestimento cereo dei bac. tubercolari, costituisce il principale elemento di difesa del bac. di Koch ha tentato l'introduzione di una liposi vegetale pura ed attivissima nella cura delle tubercolosi articolari, sierose, glandulari, polmonari. I primi risultati ottenuti pare siano incoraggianti.

Il prof. GOSIO ricorda che le difese colesteriniche e le azioni tubercoliniche possono essere ricondotte nell'orbita di azioni lipolitiche secondo le idee espresse dal MEMMO.

Egli vorrebbe che le esperienze trovassero larga eco di controllo clinico e sperimentale: per l'esperimento utili saranno adatti stipiti tubercolari ipovirulenti e specie di animali iposensibili.

Il MEMMO fa notare che le prime esperienze dirette dell'azione della lipasi sul bacillo han dato risultati discutibili; ma non è evidentemente necessario che il bac. sia spogliato del suo rivestimento cereo: perchè l'azione delle difese organiche si manifesti potrebbe essere sufficiente una limitatissima soluzione di continuo.

Sulla reazione di Wassermann e di Sachs-Georgi nella scarlattina.

Prof. T. PONTANO. — L'O. riferisce delle sue ricerche che hanno preso le mosse dalla necessità di garenzie nella sieroterapia.

Fondando le sue conclusioni su numerose esperienze ritiene che le due reazioni sono nella scarlattina negative; che però determinati antigeni possono accomunare nei riguardi della R. di W. scarlattina e sifilide. Nelle sue esperienze ha usato antigeni che davano reazione costantemente negativa e tali antigeni egli considera specifici per la sifilide: s'è però incontrato con antigeni che da-

vano fino al 60 % di risultati positivi. L'O. discute gli elementi che lo inducono a ritenere aspecifica la reazione di Wassermann positiva nella scarlattina e crede si debbano escludere dall'uso gli antigeni che tale reazione dànno.

Il prof. Casagrande prende la parola per dichiarare anzitutto di essere d'accordo con le conclusioni del prof. Pontano e di condividere anche il contenuto di tutta la trama del lavoro esposto. Riferisce che nell'istituto di Padova da anni si pratica la R. di W. e altre reazioni sierologiche all'infuori della sifilide ed anche in casi di scarlattina. Egli è venuto nella conclusione che si può con i dovuti accorgimenti intendere quando la reazione sia specifica per la sifilide (in casi di scarlattina) e quando no. Fra tali accorgimenti ha il primo posto l'esame in campo oscuro: ha allo scopo preso in esame i lavori di Jacobstadt e ha potuto assodare che grande importanza ha la diluizione dell'antigene, la quale deve essere tale che le novelle osservazioni nel campo oscuro appaiano giustaposte ma non ad ammassi, ad aggregati, e primeggino, per la prova positiva della sifilide, le forme a sacca ed a fiasco.

Non si nasconde che possano e debbano intervenire altri fattori: in un caso, p. es., di W. R. positiva nella scarlattina, ebbe a notare un'azione protettiva persino nel siero dell'ambocettore.

L'Istituto antirabico di Roma nell'ultimo quinquennio.

Prof. V. Puntoni. — L'O. ricorda gli studi compiuti sui vaccini fenicati, e l'introduzione in terapia delle emulsioni fenicate a virulenza graduata e ne ricorda i vantaggi sulla vaccinazione Pasteuriana.

Tale pratica rende possibile il trasporto delle emulsioni vaccinanti e la cura a domicilio di morsicati. Comunica l'iniziativa della creazione di sezioni distaccate per la cura antirabica e ne espone i vantaggi, l'iniziativa di preparazione dei vaccini glicerofenicati per la vaccinazione preventiva dei cani, ed infine l'iniziativa della preparazione di autovaccini antirabici, che rappresentano quanto di più efficace e di moderno esiste nel campo della vaccinazione antirabica. (La relazione è stata pubblicata per intero nel fasc. 15, p. 482).

Il prof. Gosio esprime le sue riserve sulla conservazione e sulla sterilità dei vaccini conservati con l'aggiunta di acido fenico.

Il prof. Casagrandi riferendosi all'esperienza avuta a Padova ritiene i vaccini fenicati i migliori: accanto all'azione vaccinante l'O. ricorda l'azione proteinoterapica aspecifica dei vaccini fenicati la cui dimostrazione ha prove oramai indubbie.

Il prof. Puntoni risponde al prof. Gosio che l'esperienza dimostra che la soluzione fenica all'1 % di sostanza rabica 5 % è sufficiente ad uccidere i germi non le spore: ma l'uso oramai lungo del vaccino fenicato senza inconvenienti non fa temere la presenza di spore. Il vaccino inoltre per 6 mesi conserva azione vaccinante.

È d'accordo col Casagrandi circa l'azione proteinoterapica dei vaccini fenicati.

Sul meccanismo dell'ipoglicemia insulinica.

Dott. L. Condorelli. — L'O., riassumendo le sue ricerche sul glucosio e sullo zucchero combinato del sangue, si sente autorizzato a ritenere che la insulina spiega la sua azione determinando una trasformazione dello zucchero libero in zucchero combinato, che viene fissato dai tessuti. Negli animali trattati con forti dosi di insulina questa azione è così intensa, che malgrado la cospicua scissione del glicogeno si giunge ben presto ad una glicemia così bassa da determinare il tipico quadro convulsivo.

Negli individui in cui è lesa la funzione insulare del pancreas, manca la trasformazione del glucosio in zucchero combinato e quindi la successiva fissazione nei tessuti e rispettiva utilizzazione.

La somministrazione d'insulina restituisce questa funzione al diabetico.

E. Grossi.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

Seduta del 1° e 29 febbraio 1924.

Presidente: Prof. Baccarani.

Presentazione di un caso di morbo di Riga-Fede.

Prof. R. Fuà. — Un bambino allattato al seno di una nutrice sana ha presentato al 7° mese di età, poco dopo l'eruzione dei due incisivi inferiori un piccolo tumore sotto linguale, in corrispondenza del frenulo, duro, grigiastro, indolente.

Le condizioni generali del bambino sono ottime; è esclusa la lue dagli ascendenti, il bambino non ha avuto nè ha tosse nè tanto meno pertosse, nessun risentimento delle glandole linfatiche.

Questa caratteristica produzione sotto linguale, che va sotto il nome di malattia di Riga-Fede, o di ulcera della dentizione o di subglossite difteroide, pare di origine traumatica ed è forse dovuta a protratta irritazione sul frenulo da parte dei denti. Guarisce spontaneamente. La guarigione è affrettata da toccature con tintura di jodio; solo nei casi seri può essere richiesta la limatura dei denti incisivi mediani inferiori o la estrazione dei medesimi.

Occlusione intestinale nel corso dell'appendicite acuta.

Prof. A. Caucci. — Un bambino di otto anni ha un attacco appendicitico acuto, di media gravità, che alla fine del primo settenario mise capo ad un ascesso pelvico. Prima dell'intervento erano già comparsi dolori addominali, peristaltismo, alvo chiuso. Fu laparotomizzato, l'ascesso pelvico aperto e drenato; ma i fenomeni occlusivi s'intensificarono, onde 24 ore dopo il primo intervento si eseguì una seconda laparotomia; si punse e si svuotò un'ansa di tenue, l'eccessiva distensione del quale impediva l'esplorazione, e si constatò che

l'ileo era impigliato nelle aderenze dell'ascesso pelvico.

Per evitare una lisi nel campo settico e mal accessibile del focolaio pelvico, l'O. praticò un'enteronastomosi laterale tra l'ansa di tenue afferente e quella efferente. Guarigione. Dopo tre mesi, terzo intervento: appendicectomia a freddo, lisi delle aderenze conglobanti anse di tenue nel piccolo bacino, laparoplastica.

L'O. tratta di questa non frequente complicazione nel corso dell'appendicite acuta; delle sue diverse modalità e delle indicazioni terapeutiche, mettendo in evidenza l'utilità nel caso riferito, dell'*anastomosi laterale*.

Queste sono complicazioni tardive dell'attacco acuto, che si incontrano quando si segue il precetto dell'*attesa*. L'O. s'attiene ormai sempre al precetto dell'*intervento precoce e sistematico* (*a qualunque momento dall'inizio*) nell'appendicite acuta e deplora che la tendenza temporeggiatrice e *ritardatrice* sia in genere troppo seguita dai medici.

Calcolo dell'uretere pelvico — uretero-litotomia — guarigione.

Prof. A. CAUCCI. — Descrive il caso, ben studiato dal punto di vista radiologico e cistoscopico: conferma l'importanza dell'uretero-pielografia. L'intervento è stato praticato con l'incisione iliaca, per via extraperitoneale: il calcolo si trovava alla base del legamento largo.

S'intrattiene sui particolari tecnici ritenendo, in succinto, che la via extraperitoneale (incisione ileo-ipogastrica) sia la migliore. Essa può essere utilizzata anche per l'estrazione di calcoli incuneati nel tratto parietale dell'uretere, eventualmente combinando alla via extraperitoneale quella transvescicale; la via transvescicale sola è indicata per l'estrazione dei calcoli ritenuti sotto la mucosa del meato ureterico.

Sovra un caso di carcinoma della parete posteriore dell'ipofaringe, trattato con l'autovaccinazione, secondo il metodo Citelli.

Dott. G. FALCONI. — L'O. ha avuto agio di sperimentare sovra un caso di tumore maligno (carcinoma) l'autovaccinazione secondo il metodo Citelli. Egli fece sette iniezioni al braccio destro. Con le prime tre ottenne un risultato notevole, con una cospicua riduzione della massa neoplastica, ed il p., che era nutrito per via rettale, riuscì ad ingerire della carne, mentre prima fin la ingestione dei liquidi era divenuta impossibile. Ma dopo tale periodo di relativo benessere, andò progressivamente peggiorando, finchè venne a morte in preda a cachessia. Non ebbe suppurazioni, nè innesti di tumore nei punti di iniezione. Conclude consigliando il metodo e notando che il prolungarsi della vita del p. lo si deve solamente all'autovaccinazione.

Un nuovo metodo di cura per la polmonite.

Dott. A. ZAPPATA. — Il relatore riferisce sopra un nuovo metodo di cura della polmonite, basato sulle proprietà biologiche del diplococco, sulle alterazioni che produce nell'organismo umano, e sull'azione dei carbonati e idrati di sodio sulla capsula del pneumococco.

Con la nuova terapia, mediante fleboclisi di soluzioni alcaline di carbonati e idrati di sodio ad alta dose, si aumenta l'alcalescenza del sangue dei malati affetti da pneumonite, si diminuisce la densità e l'indice di coagulazione sanguigna, e si viene a creare un terreno sfavorevole per la vitalità del pneumococco per l'azione dei sali di Na sulle mucine. Tali soluzioni vengono ottimamente tollerate dall'uomo sano e non arrecano alcun disturbo.

Negli ammalati di polmonite in cui fu applicata la nuova terapia, i brillanti risultati ottenuti incoraggiano a continuare nel nuovo metodo di cura.

Sovra un caso di anemia perniciosa essenziale tipo Biermer curata con la trasfusione sanguigna.

Dott. G. FALCONI. — L'O., assistente dell'Ospedale, riferisce la storia di un individuo, affetto da anemia perniciosa tipo Biermer, sul quale vennero praticate quattro trasfusioni di sangue citratato. La quantità complessiva del sangue iniettato per ogni trasfusione fu molto piccola, poichè intento precipuo era solo quello di portare uno eccitamento ai centri produttori. Il risultato è stato ottimo, tanto da innalzare il numero dei globuli rossi da 950,000 ad 1,350,000 e via via a 1,550,000, 1,900,000, 2,800,000, 3,350,000, 3,500,000. Dopo essere rimasti stazionari per circa un mese, i globuli rossi aumentarono ancora per portarsi alla cifra di *4,500,000*. I globuli bianchi da 4,000 a 8,000; il tasso emoglobinico da 45 % al 90 %. Il miglioramento fisico dell'individuo progredì di pari passo con il miglioramento della crasi. Il paziente ora sta bene, ed ha ripreso le sue ordinarie occupazioni, guarito.

L'O. consiglia la trasfusione mediante sangue citratato, descrivendone la semplice tecnica, accessibile ad ogni medico, ne fa rilevare i grandi pregi, e cita le ragioni per cui sempre la trasfusione individuale si debba tener presente, specie quando gli altri mezzi terapeutici siano falliti.

Dott. A. CIUCCI. — *Storia e principii dell'omiopatia.*

Dott. U. SALVOLINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DIAGNOSTICA.

La diagnosi del carcinoma della mammella.

È essenziale una diagnosi precoce, poichè solo in tal caso si può sperare nell'efficacia del trattamento. Per questo occorre che le pazienti sappiano di dover ricorrere al medico in presenza di qualsiasi anormalità della mammella, mentre invece, essendo l'affezione indolora, la maggior parte si presenta quando il processo è avanzato ed il successo del trattamento assai dubbio.

Dopo un'anamnesi accurata, che consideri le possibili cause, quali le lesioni o le malattie dei seni, si passerà all'ispezione, da farsi con la paziente in posizione eretta e con le braccia pendenti; facendo poi alzare queste, si potrà scoprire ogni aderenza della fascia pettorale, che si rileva con l'innalzamento della ghiandola. La palpazione si praticherà facendo mettere la malata stesa sopra una poltrona a sdraio od anche in posizione prona. Gli spazî sopraclavicolari si esaminano bene facendo sedere la malata e mettendosi in piedi dietro essa.

Nella palpazione, si farà soprattutto attenzione alla irregolarità dei margini, che vanno sfumando nel tessuto normale ed alla durezza del tumore, quale non si riscontra che nelle rare eventualità di condro-sarcoma, osteocondrosarcoma, tubercolosi sclerosante. Una eventuale fluttuazione si ricerca mettendo le prime due dita della sinistra sopra e sotto la tumefazione e spingendo con la punta dell'indice destro sul centro. Altro carattere importante, già accennato, è l'elevazione della mammella quando il braccio viene elevato.

Per scoprire l'infiltrazione delle ghiandole ascellari, si farà tenere il braccio sollevato da un assistente, in modo da rilasciare i muscoli e si palperà con la mano a piatto; una durezza insolita avrà più importanza che un leggero aumento di volume. L'infiltrazione delle ghiandole sopraclavicolari si verifica negli stadî alquanto avanzati. Pure in questi si verifica l'aderenza della cute, dimostrabile sollevando questa, e la retrazione del capezzolo verso il tumore. Invece un segno abbastanza precoce secondo W. H. Battle (*Lancet*, 1924 n. 1) è un cordone fra il capezzolo ed il tumore. La forma dell'areola cambia e si sposta seguendo il capezzolo. Nella forma ipertrofica a cellule sferoidali, il tumore è più prominente e la cute viene precocemente infiltrata, con alterazioni del colore e tendenza all'ulcerazione; il capezzolo può essere ingrossato in ogni direzione ed indurito.

fil.

CASISTICA.

Sulla flebosclerosi.

Per flebosclerosi (Aug. Bieger, *Deutsche Med. Woch.*, 8 febbraio 1924) si intende un ispessimento della parete venosa sia diffuso all'intero sistema, sia circoscritto. In quest'ultimo caso l'alterazione vasale assume per lo più l'aspetto nodulare e riconosce, fra le altre cause, anche la tubercolosi. La flebosclerosi diffusa rappresenta una manifestazione parziale dell'arteriosclerosi generalizzata.

Anatomo-patologicamente trovasi iperplasia degli elementi elastici dell'intima e, in grado minore, della media; inoltre calcificazione e degenerazione grassa, ialina e mucosa. Questi processi degenerativi colpiscono di preferenza quelle vene che sono sottoposte a maggiore lavoro funzionale.

L'etiologia e la patogenesi della flebosclerosi non ci sono ancora note completamente. Costituiscono condizioni per il prodursi dell'affezione gli speciali momenti fisico-meccanici, le azioni nocive chimico-infettive e una particolare predisposizione congenita.

L'intenso lavorio funzionale dei vasi causato da fatiche corporee e da uso smodato di mezzi voluttuarî (alcool, caffè, tabacco), le influenze nervose, gli stati diatesici, i bruschi mutamenti di temperatura, in seguito alle oscillazioni della pressione sanguigna e alla consecutiva azione nociva sui vasi, rappresentano certamente altrettanti fattori etiologici. Posto primario fra le cause di sclerosi vasale deve oggi riservarsi anche a talune malattie infettive: scarlattina, morbillo, vaiuolo, ittero di Weil, influenza, sifilide, tifo esantematico.

Le alterazioni infiammatorie dei vasi in genere producono un indebolimento della parete venosa, per cui, sopratutto nell'intima, si produce a guisa di sostegno una neoformazione di tessuto elastico. Sotto l'influenza di momenti meccanici sfavorevoli e in seguito a distensione della parete e dilatazione vasale, si costituiscono allora le cosidette *flebectasie*. Certo deve ammettersi che per lo svolgersi di simile processo debba anche aver parte una disposizione congenita.

La flebosclerosi quale quadro clinico a sè è rara. Molto più spesso essa rappresenta una manifestazione parziale secondaria di una grave sclerosi vasale generalizzata. Talvolta può

essere di grado così lieve da non offrire sintomi clinici di sorta; in altri casi, per lo più in combinazione con la forma giovanile dell'arteriosclerosi, essa procura disturbi varii caratterizzati da un senso di peso intermittente agli arti inferiori, da fugaci tumefazioni circoscritte e da dolori. I vasi affetti si palpano come cordoni rigidi e spessi.

La sclerosi venosa colpisce in grado maggiore le estremità inferiori, fino all'iliaca esterna, poscia le estremità superiori: i vasi del tronco restano per solito i meno offesi. In seguito a cospicua proliferazione dell'intima e ad obliterazione del lume del vaso possono insorgere di quando in quando sintomi da stasi e lievi emorragie da stasi. Corrispondentemente alla sempre coesistente sclerosi arteriosa e delle arteriole, la pressione sanguigna si mantiene di solito per lo meno sul limite superiore del normale.

Terapeuticamente non occorre in genere trattamento attivo. Nei casi più gravi si seguiranno gli stessi precetti che regolano la terapia dell'arteriosclerosi.

M. AGOSTINI.

Trombosi ed embolia da tumori renali.

E. Judd e A. Scholl (*Jour. A. M. A.*, 12 gennaio 1924) riferiscono un caso di embolia polmonare neoplastica mortale in seguito a nefrectomia per ipernefroma.

Il paziente era in condizioni apparentemente buone prima dell'operazione: il focolaio primario nel rene era piccolo, ma il tumore aveva invaso la vena cava. L'esito letale si ebbe subito dopo l'operazione.

Gli AA. ricordano varie statistiche di tumori renali con trombosi della cava, ed embolie, neoplastiche e non neoplastiche. Tali accidenti, oltrechè alla nefrectomia, possono seguire anche alle esplorazioni e manipolazioni del rene, anche quando la vena cava non è direttamente invasa, ma la sola vena renale è occupata da coaguli o da masse neoplastiche molli e friabili.

Nei casi di ostruzione della cava di lunga durata si osserva edema degli arti inferiori ed una estesa circolazione collaterale. Già l'invasione del tumore nella vena renale rende difficilissima l'emostasi operatoria, al punto che sono ricordate nella letteratura emorragie operatorie mortali.

Il tumore che più facilmente invade la cava è l'ipernefroma: il sarcoma spesso l'invade, ma non direttamente dal rene, bensì dalle metastasi retroperitoneali e perirenali.

DORIA.

Ematoma del muscolo retto dell'addome nella tifoide.

Durante la febbre tifoide i muscoli possono andar soggetti a degenerazione, sicchè uno sforzo leggero può provocarne la rottura; quando ciò si verifica nel muscolo retto dell'addome e si forma un ematoma, il medico può talora interpretare tale segno come indicazione di un'ulcera perforata. F. Rost (rif. in *Medical Review*, maggio 1923) riporta appunto due casi in cui un improvviso attacco di dolori addominali aveva fatto ritenere che si trattasse della perforazione di un'ulcera; in uno all'atto operativo si riscontrò l'ematoma, nell'altro, fortunatamente non si procedette ad interventi perchè il dolore e la rigidità erano strettamente limitati al muscolo retto e la diagnosi fu possibile. Evidentemente la laparotomia è un intervento grave che diminuisce le probabilità di guarigione, sicchè è utile tener presente la possibilità che i sintomi addominali nella tifoide possono essere dovuti a rottura del muscolo retto, e non sempre a perforazione *fil.*

TERAPIA.

Vie insolite di assorbimento dei farmaci.

Recenti studi di Warren (*Journ. of pharmac. and exper. ther.*, settembre 1923) dimostrano che la congiuntiva può assorbire quantità notevoli di alcuni farmaci (ad es. apomorfina), anche a dotto lacrimale impervio. È possibile negli animali produrre un grave avvelenamento da fenolo introducendolo nell'orecchio esterno. Un rapidissimo assorbimento si può avere dalle sostanze iniettate a scopo anestetico nelle gengive e nei tronchi nervosi. È poi noto che anche attraverso la pelle molte sostanze si assorbono e possono dare gravi intossicazioni, onde la capacità di assorbimento della pelle non si può trascurare. Si tratta spesso di sostanze medicamentose, ma talora anche di sostanze adoperate nell'industria, donde alcune intossicazioni professionali, e talora di sostanze adoperate a scopo bellico, come il mustardol (gas yprite). DORIA.

L'insulina nel coma diabetico che complica la gravidanza

W. Reveno (*Journ. A. M. A.*, 22 dic. 1923) riporta un caso di coma diabetico in donna gravida a termine, che aveva circa 0.5 p. cento di glucosio nel sangue e 2.5 p. cento nelle urine. Somministrò subito per via rettale una soluzione di glucosio e bicarbonato sodico, e cominciò con l'iniettare 2 unità di insulina, quale dose di desensibilizzazione. Ripetè poi di ora in ora iniezioni endovenose di 10 unità di

insulina: quando la paziente ebbe ricevuto 52 unità uscì dal coma. Le furono poi somministrati ogni tre ore due grammi di bicarbonato e liquidi a volontà. Furono continuate piccole dosi di insulina, così che nel giorno seguente l'inferma ne ebbe 25 unità. Ma il terzo giorno ricadde nel coma, dal quale uscì dopo aver ricevuto nelle vene 30 unità di insulina. La glicemia però non diminuì notevolmente. La sera del quarto giorno la paziente entrò in travaglio di parto e diede alla luce un bambino che morì poche ore dopo.

Dopo il parto la glicemia si abbassò rapidamente e si mantenne relativamente bassa (0.13%); furono continuate per qualche tempo piccole dosi di insulina, cinque unità ogni 24-48 ore. Fin dalle prime somministrazioni di insulina erano scomparsi dalle urine zucchero e acetone.

DORIA.

La somministrazione di tintura di jodio nei bambini.

La tintura di jodio a 1/10, di recente preparazione, somministrata senza joduri nel latte al principio dei pasti, viene generalmente ben tollerata dai bambini. Nobécourt (*Académie de médecine* e *Informateur médical*, 5 gennaio 1924) la prescrive da principio a dosi deboli, progressivamente crescenti fino ad arrivare a 250-300 gocce (*sic*) corrispondenti a 4-5 grammi di tintura cioè a 40-50 cg. di jodio, questo pei ragazzi di 10-15 anni. Il limite della tolleranza è indicato dall'anoressia.

In circostanze favorevoli il trattamento determina un miglioramento notevole dello stato generale, il peso aumenta fino a diversi kg. alla settimana; la pelle diventa più soda, migliora il colorito; riprende la vitalità. Questa azione si osserva specialmente in bambini che hanno ipertrofia del tessuto linfoide della faringe e delle adenopatie del collo e del mediastino.

Non risulta che la tintura di jodio abbia azione antiinfettiva e sarebbe difficile apprezzarne gli effetti sui processi tubercolari.

fil.

Il trattamento della febbre di Malta.

A. Ranque e C. Senez (rif. in *Journal des praticiens*, 8 marzo 1924) concludono insistendo sui vantaggi della vaccinoterapia, la quale non ha nessun particolare pericolo; può fare abortire la malattia in qualche raro caso, spesso ne abbrevia la durata e ne attenua la gravità ed i sintomi; talora però il trattamento rimane senza alcun effetto. Le probabilità di successo aumentano usando la vaccinoterapia al più presto.

Le iniezioni, che per i vaccini jodati comportano dosi di 250 a 1000 milioni, devono essere fatte sottocutanee, sia in pieno periodo febbrile, quando non vi siano remissioni, sia quando la temperatura incomincia ad abbassarsi dopo il massimo dell'onda febbrile. In tali casi si deve tentare di fare 3 iniezioni (con intervalli di 2-3 giorni) fra due onde in modo da fare diminuire od abortire l'onda seguente.

Qualora non si ottengano risultati dopo 7-8 iniezioni, è inutile insistere. Alcuni autori hanno trovato giovamento in casi ribelli con gli ascessi di fissazione.

fil.

Nei dolori del cancro rettale.

Introdurre 2-3 suppositorî al giorno di: Fosfato di codeina cg. tre; Estratto di belladonna cg. uno; Burro di cacao g. due.

Nelle sclerosi e retrazioni croniche.

Viene consigliata la tiosinamina, che ha la proprietà di disciogliere il tessuto fibroso e cicatriziale. Si fanno iniezioni sottocutanee per 15 giorni al mese e per parecchi mesi con: Tiosinamina cg. 5; Salicilato di sodio cg. 5; Acqua distillata sterilizzata cmc. 2 (*Jour. méd. de Paris*).

POSTA DEGLI ABBONATI.

La cura dell'epilessia. — All'abbonato numero 1668-1:

L'esperienza ha dimostrato che l'antipilettico migliore è il luminal. Si somministra a piccole dosi: 10 o 20 centigrammi al giorno in una o due cartine, secondo la frequenza e la gravità degli accessi.

La cura può durare a lungo perchè di solito il luminal non determina assuefazione nè provoca disturbi, all'infuori di una certa sonnolenza. Eventualmente questa si può combattere aggiungendo ad ogni cartina 5 centigrammi di caffeina.

Durante la somministrazione del luminal i bromuri possono essere soppressi. Se mai se ne potranno dare piccole dosi sotto forma di brodo. Il Brodonevrolo è costituito da dadi, simili anche per il sapore a quelli in uso per la preparazione dei brodi ordinari, nei quali al sale di cucina è sostituito il bromuro.

La dieta deve essere prevalentemente latteo-vegetariana e povera di cloruri. Gli alcoolici devono essere proibiti in qualsiasi quantità e sotto qualsiasi forma.

G. DRAGOTTI.

Sifilimetria. — Al dott. Y. da B.:

L'argomento è troppo vasto e complesso per una breve risposta e ne faremo oggetto quanto prima di una rivista sintetica.

V. MONTESANO.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

XXV. — Presupposti della legittimità della dispensa dal servizio.

Le disposizioni del decreto 27 maggio 1923, n. 1177 stabiliscono nettamente che la dispensa dal servizio del personale stabile di ruolo è consentita in quanto e nella misura in cui questo risulti in eccedenza al numero dei posti fissati nelle nuove tabelle organiche. Quindi, la formazione delle *nuove* tabelle *è il presupposto necessario della dispensa dal servizio* del personale di ruolo.

Pertanto è illegittima la deliberazione di dispensa qualora non risultino previamente rivedute le tabelle organiche e, ridotti i posti, non risulti dalle nuove tabelle che il personale in servizio è esuberante.

Nè vale che il Comune dichiari di essere stato indotto alla dispensa dal proposito di provvedere alla formazione di un consorzio con un Comune finitimo e che la dispensa dal servizio del medico condotto costituiva il passo preliminare per la formazione del nuovo ente. Siffatta deduzione non giustifica l'operato del Comune ma conferma la illegalità, « perchè *ai sensi del citato decreto non poteva bastare il proposito di ridurre gli organici ma occorreva che il proposito venisse attuato prima della dispensa del personale* ».

Vero che l'art. 2 del decreto 22 maggio 1923, richiama le norme degli articoli 1, 2, 3 e 4 del R. D. 28 gennaio 1923 n. 89, concernente la dispensa dal servizio del personale delle amministrazioni dello Stato, tra le quali norme v'è quella che consente la dispensa anche prima che siano state attuate le riforme organiche; ma il richiamo di queste norme è fatto con la clausola « in quanto siano applicabili » e quindi esse non possono trovare applicazione quando osti una tassativa disposizione in senso contrario, come nel caso in esame.

Così ha deciso la IV Sezione del Consiglio di Stato, con sentenza 7 marzo 1924, n. 92 (ric. Di Biagio dott. Alfredo), la quale applica correttamente le norme del decreto 27 maggio 1923, concernenti il presupposto ed il limite del potere eccezionale attribuito agli enti locali.

XXVI. — Effetti della esecuzione di un provvedimento di dispensa prima dell'approvazione.

Un provvedimento di dispensa dal servizio, deliberato dal Consiglio Comunale in seguito a revisione di organici, non può essere ritenuto illegittimo perchè alla relativa deliberazione sia stata data esecuzione prima dell'approvazione dell'autorità tutoria. Non si può confondere il fatto della esecuzione col provvedimento eseguito, altrimenti si verrebbe a far gravare su questo la irregolare esecuzione, la quale non costituisce un vizio del provvedimento ma può implicare soltanto la responsabilità di colui o di coloro che l'hanno compiuta qualora dal fatto risulti un danno.

(Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione 29 febbraio 1924, n. 59, ric. Sensini).

XXVII. — Eccezioni al limite di età nei concorsi ad impieghi comunali.

L'art. 95 del regolamento per l'esecuzione della legge comunale e provinciale, dispensando dalla condizione del limite massimo di età nei concorsi le persone che già si trovino in servizio presso Comuni, non ha inteso riferirsi ad un servizio purchesia, ad un servizio prestato provvisoriamente o interinalmente, ma ad un servizio di ruolo o in pianta — sia poi esso di prova o con nomina definitiva o stabile.

In relazione a questa interpetrazione della portata dell'art. 95 del regolamento per la legge comunale e provinciale, risultante dalla decisione 29 febbraio 1924, n. 75 della IV Sezione del Consiglio di Stato, è però da avvertire che per i medici condotti si applica la disposizione dell'art. 27 del regolamento sanitario 19 luglio 1906, la quale prescrive imperativamente che « non dovrà essere apposta alcuna condizione di limite massimo di età per i concorrenti che *abbiano prestato* o *prestino servizio in altre condotte*, fatto salvo l'accertamento della idoneità fisica dei concorrenti stessi ».

Per i medici condotti, quindi, non occorre l'*attualità* del servizio, ma basta che essi *abbiano* prestato servizio in condotta. Questa differenza risulta espressamente dal testo della disposizione.

Più interessante è, invece, rilevare che la IV Sezione, applicando la disposizione dell'articolo 27 del regolamento sanitario, ha dichiarato che non è necessaria la prestazione di servizio in condotta mediante nomina stabile o tendente a stabilità, cioè in base a concorso, e che il servizio interinale è valutabile. In tal senso la IV Sezione ha deciso sul ricorso Nasella contro Comune di Monacilioni, con sentenza 14-29 dicembre 1923, n. 1788, integral-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

mente riportata in questa rivista, fascicolo 6 del 1924.

Si intende, però, che non può essere efficace un qualsiasi incarico che sia diretto o si presti, con forma simulata o con atto di favore, a sottrarre un sanitario alla norma del limite di età. Il servizio deve essere stato o deve essere effettivo, valutabile e tale che costituisca obbietto di un rapporto vero e proprio, non importa se stabile o interinale, con o senza interruzione.

Da questo punto di vista la indagine deve essere riferita ai singoli casi, alle condizioni e al tempo della prestazione del servizio: quel che importa ora rilevare, da un punto di vista di massima, è la sufficienza del servizio effettivo, indipendentemente dalla natura giuridica e dalla qualificazione del rapporto.

D'altra parte, le esigenze dell'assistenza sanitaria sono sufficientemente garentite in quanto è espressamente riservato l' accertamento della idoneità fisica del concorrente.

XXVIII. — Se ed in quali casi sia legittimo l'esonero dal pagamento della R. M. sugli stipendi.

La Provincia di Napoli aveva conservato ai vecchi impiegati la esenzione dalla imposta di R. M. anche sugli aumenti futuri dello stipendio.

Il Governo del Re — posto in linea di principio che tale esenzione era illegale — per conservarla praticamente ai vecchi impiegati, che già ne godevano, invitò la Provincia a scegliere fra queste due forme: o aumentare gli stipendi delle quote pagate per R. M. o fissare un congruo assegno ad personam.

La Provincia ricorse alla IV Sezione del Consiglio di Stato e dedusse, fra altro, che gli impiegati avevano diritto alla *forma* stessa onde la concessione era stata attribuita (cioè esonero e non rimborso di imposta) e che l'adozione della forma contabile stabilita dal Governo avrebbe dato luogo a complicazioni con danno dell'amministrazione.

La IV Sezione, con decisione 29 febbraio 1924, n. 76, ha considerato « essere giurisprudenza costante che l'esonero dal pagamento « dell'imposta di R. M. sugli stipendi concesso « agli impiegati è una liberalità non consentita a un ente che ecceda i limiti legali della « sovraimposta fondiaria. A nulla pertanto rileva il principio addotto dalla Provincia, e « che vale solo nei riguardi dei privati, essere « indifferente se l'imposta attribuita al titolare « di un credito sia pagato, anzichè dal creditore, dal debitore senza alcuna rivalsa. Nè « è conveniente per una pubblica amministrazione eludere il principio di carattere gene- « rale che tutti debbano, in proporzione dei « loro averi, assoggettarsi ai tributi. È per- « tanto evidente che se il Governo, per uno « speciale riguardo a posizioni di fatto con- « solidatesi col tempo e che col tempo verranno via via a diminuire e a sparire del tutto, « si è indotto a mantenere le concessioni dell'esonero dal carico delle imposte a favore « dei vecchi impiegati, questa, che è causa di « una situazione evidentemente anormale, non « può sottrarsi all'impiego di quei temperamenti, che, sia pure con qualche lieve suo « disagio amministrativo, mirano a porre al- « meno le antiche concessioni di sgravio di « imposte in un quadro contabile più rispon- « dente alla legalità ».

Questa decisione pone la risoluzione di massima in limiti meno ampi di quelli che risultano da recenti istruzioni ministeriali. Con la circolare diretta dal Ministero dell'Interno ai Prefetti per delucidazioni circa il decreto 27 maggio 1923, n. 1177, e pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del 12 luglio 1923, n. 163, fu segnalato a scopo normativo di massima un *parere* 27 aprile 1922 del Consiglio di Stato, così riassunto nella circolare stessa: « è illegittima la disposizione che esenti l'impiegato « o salariato dal pagamento della R. M. sullo « stipendio ponendola a carico dell'ente *e in « tale materia non possono ammettersi diritti « quesiti* ».

Non conosciamo il testo integrale di questo parere, che non è stato pubblicato ed è atto interno del Ministero; ma, così come è riassunto nella circolare, non ci sembra accettabile e non è, per altro, conforme « alla giurisprudenza costante » richiamata e confermata dalla IV Sezione, in sede giurisdizionale, con la decisione sopra riportata, la quale non soltanto ammette la legittimità di temperamenti e di forme indirette per salvaguardare le posizioni acquisite, ma stabilisce che la esenzione non è sempre vietata, essendo un atto facoltativo (o, sia pure, impropriamente, « di liberalità ») il quale non è, perciò, consentito ai soli Comuni che superano il limite legale della sovraimposta.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

A proposito della cosiddetta clinicizzazione.

L'articolo su questo argomento, pubblicato nel nostro numero 14, ha suscitato le proteste dei medici ospitalieri di Palermo. Il presidente di quella Associazione, prof. Fausto Orestano, con sua del 22 aprile avverte che quell'articolo contiene *svariati errori di fatto e di diritto, ed ha linguaggio sconveniente e quasi canzonatorio*; ci comunica inoltre che è stato proclamato a Palermo il boicottaggio contro il nostro periodico.

I medici italiani conoscono da molti anni la serietà, l'indipendenza e la coscienza con cui il «Policlinico» ha trattato le più scabrose e delicate questioni che si sono agitate nel campo medico. Sanno che noi abbiamo sempre preso posizione netta in qualsiasi dibattito, inspirandoci al bene generale e non a interessi di classi o di caste. I medici italiani ricordano come abbiamo espresso le nostre vedute con sobrietà di linguaggio e con il più cordiale rispetto delle altrui opinioni; hanno constatato come abbiamo concesso ospitalità a chiunque avesse opinioni diverse od opposte, purchè seguisse il nostro esempio di correttezza e di valutazione obbiettiva dei fatti.

Il favore dell'intera classe dei medici ci ha seguito. E noi siamo incoraggiati a non decampare dalla nostra linea di condotta.

A proposito della clinicizzazione noi abbiamo riassunto nel N. 13 la tesi prospettata dagli ospitalieri; nel numero successivo abbiamo prospettato gli argomenti in favore della clinicizzazione.

Saremo grati agli ospitalieri di Palermo e del resto d'Italia se correggeranno gli errori in cui siamo eventualmente caduti in quest'articolo e anche se ci manderanno gli argomenti contro la clinicizzazione quale nel nostro articolo era considerata. Ma preghiamo i colleghi ospitalieri di Palermo e del resto d'Italia di riconoscere che non potevamo avere la menoma intenzione di mancare di riguardo verso di essi e che non riusciamo a scorgere nell'articolo incriminato dagli ospitalieri di Palermo alcunchè di meno che deferente verso la rispettabile e benemerita classe degli ospitalieri.

LA REDAZIONE.

Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici.

Di questo congresso, che si tiene mentre il giornale va in macchina, daremo la cronaca e il resoconto dei lavori nel prossimo numero.

Adesione dell'Ordine di Roma alla Federazione degli Ordini dei Medici.

In seguito all'esito del referendum che ha dato 356 voti favorevoli, 95 contrarî e 21 schede nulle, l'Ordine di Roma ha confermato l'adesione alla Federazione degli Ordini dei Medici.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione; vedi fasc.* 17).

	Lire
Prof. Polidori Cesare, Roma	100
Dott. Ruggieri Mariano, Bracciano	20
Osp. Civ. di Civita Castellana	200
Dott. Orsini Geisa, Todi	25
Dott. Corda Luciano, Siena	20
Dott. Burani Carlo, Monterotondo	10
Dott. Pagliuso Alfonso, Santos (Brasile)	42
Opera Nazionale di Roma	100
Dott. Ricci Angelo, Anagni	20
Dott. Mezzacapo Bettino, Sgurgola	20
Ordine dei Medici di Forlì	500
Dott. Quarella G. Batta, Salò	50
Dott. Bindi Ferruccio, Poppi	10

Scuola d'applicazione di sanità marittima.

Col. M. Altobelli Alberto	300
T. Col. M. Grixoni Giovanni	115
T. Col. M. De Sarlo Eugenio	135
T. Col. M. Funaioli Gaetano	115
T. Col. M. Ferrari-Lelli Francesco	115
Magg. M. Villasanta Giuseppe	120
Magg. M. Romby Paolo	100
Cap. M. Angelini Antonio	85
Cap. M. Malice Alessandro	95
Cap. M. Telese Vincenzo	95
Cap. M. Grifi Filippo	80
Cap. M. Centore Antonino	80
Ten. M. Rainelli Corradino	50
S. Ten. M. Sarno Tommaso	50
S. Ten. M. Rizzo Carlo	50
S. Ten. M. Astuto Girolamo	50
S. Ten. M. Gualdi Vincenzo	50
S. Ten. M. Mazzaroni Giacomo	50
S. Ten. M. Giurleo Michele	50

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AQUILA. *Congregazione di Carità.* — Medico primario dell'Ospedale Civico S. Salvatore; L. 6000 e compensi cure ai paganti in proprio. Docum. alla Segreteria entro le ore 12 del 10 mag. Età lim. 45 al 29 mar. Triennio di aiutato in clin. od osped. principale. Serv. entro 15 giorni.

BELGRADO (*Serbia*). - *Facoltà Medica dell'Università.* — Concorsi alle cattedre d'igiene e di radiologia; vedi fasc. 15. Scad. 15 mag.

CAPURSO (*Bari*). — Scad. 15 mag. L. 3000 (*sic*), salvo aumenti.

CENTO (*Ferrara*). — Scad. 10 mag. Stip. L. 10,000 e 5 quadrienni decimo; quota complem. L. 3000 (rivedibile ogni anno). Cartol.-v. di L. 50.15 tassa concorso.

GAVELLO (*Rovigo*). — Scad. 31 mag. L. 7000 per 1000 pov., L. 100 ogni 100 pov. in più, L. 3000 cav., ridotte a 2000 per cessione appezzam. terre-

no con frutteto e vigna; casa e adiacenze nel centro del capoluogo; se uff. san. indennità prestabilita; 5 quadrienni decimo. Tassa concorso a mezzo cartol.-v. di L. 50.20 intestata al Tesoriere comun.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Uffic. sanit. del capoluogo; L. 13,500 e 5 quadrienni decimo; c.-v. in L. 1,200 se coniugato, L. 780 se celibe; è consentito il libero eserc. Ab. 35,866 su 392 ettari. Scad. ore 12 del 20 maggio.

MESTRE (*Venezia*). — Scad. 10 mag. Direttore del dispensario comunale per la sifilide e le mal. veneree; nom. biennale salvo conferme biennali; L. 3000 anno. Domande perfettamente documentate alla Prefettura di Venezia cui potranno essere richieste maggiori informazioni.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Scad. 16 mag.; conc. per esami a 20 posti di tenente medico in serv. attivo perm.; stip. iniz. L. 9000; supplem. L. 600; indenn. milit. L. 1800; c.-v.; quadrienni di L. 800; computo serv. di complem. in guerra; età lim. 30 al 18 mar. Esame il 16 giug. in Roma. Norme nella «Gazz. Uff.» dal 25 mar. 1924.

S. ANGELO IN VADO (*Pesaro Urbino*). — Medico primario di città e direttore dell'Ospedale civile a titolo interinale; compenso da convenirsi; proventi operazioni a totale benefizio del sanitario. Rivolgersi al Sindaco.

S. ANTIMO (*Napoli*). — Scad. ore 14 del 10 mag. L. 5000 (*sic*) senza aum. nè c.-v. Tassa a mezzo di vaglia per L. 50.10 intestato al Tesoriere Comunale. Certif. uff. san. Età lim. 35. Laurea da 5 anni; biennio di condotta o assistentato in «ospedale clinico».

SPERLINGA (*Catania*). — Stip. L. 5000 (*sic*); per uff. san. L. 500; indennità provvista medicine lire 1500. Scad. 30 giug. Rivolgersi Segreteria comunale. Cartolina-vaglia di L. 50, intestata al Tesoriere Comunale.

TRABIA (*Palermo*). — A tutto 31 mag. L. 5000 (*sic*) pei pov. e 5 quinquenni dec.; primo c.-v.; indenn. supplet. oltre i 500 pov.

TERAMO. *Congregazione di Carità.* — Medico primario direttore dell'Ospedale Civile di S. Antonio Abate; Stip. L. 6000, un sessennio del decimo e uno del dodicesimo; assegno direzione L. 3000; 60 % tasse malati paganti. Scad. ore 12 del 15 mag. Età lim. 45. Biennio di prova. Serv. entro un mese. — Chirurgo primario. Stesse condizioni salvo l'assegno direzione.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Ugo Mancini Cortesi, dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma, in seguito a concorso interno è stato nominato Medico Ispettore dell'Assistenza della prima infanzia e del baliatico pel Comune.

NOTIZIE DIVERSE.

Il II Congresso Internazionale di Urologia si è svolto a Roma negli scorsi giorni. La cerimonia inaugurale ebbe luogo la mattina del 24 aprile nell'Aula Senatoria al Campidoglio, presenti il Re, il Regio Commissario sen. Cremonesi, il Prefetto Zoccoletti, il sottosegretario on. Bonardi ed altre Autorità. Pronunziarono discorsi il Regio Commissario, l'on. Bonardi, il prof. Kiese, il professore Denosse e il prof. Alessandri, presidente del Congresso.

Daremo nel prossimo numero un resoconto dei lavori compiuti.

Il IV Congresso Internazionale di Psicotecnica che doveva aver luogo a Bruxelles nel settembre prossimo sarà indetto a Praga. Argomenti preferiti saranno: «La questione relativa alla cooperazione della scuola all'orientamento professionale»; «Che cosa si deve intendere per malattie professionali». «Quali sono le attitudini professionali»; «Rapporti condizionali fra orientamento professionale e mercato del lavoro in genere e in ispecie fra l'orientamento e la mano d'opera giovanile».

Per le opportune informazioni rivolgersi al professore J. M. Lahy, 22, avenue de l'Observatoire, Paris (XIV).

Il Congresso Internazionale della Lega per l'igiene mentale viene organnizzato da Clifford W. Beers e avrà luogo a New York nell'aprile del 1925. Anche in Italia si è costituito un Comitato che preparerà la partecipazione del nostro paese al detto Congresso.

L'Ufficio centrale della Lega è presso l'Istituto d'Igiene e di Previdenza Sociale di E. Levi a Roma, in via Condotti, 33.

Alla Società Medica Chirurgica di Bologna.

Compie il primo centenario di fondazione di questa Società, costituitasi nel 1823 per generosa iniziativa di giovani e ferventi studiosi, entusiasti per la scienza ed animati da amore patrio.

Si è costituito un Comitato promotore per celebrare questa data storica; esso è presieduto dal prof. Domenico Majocchi.

Viaggio d'istruzione per medici alle stazioni termali.

Il terzo Viaggio d'Istruzione per Medici alle Stazioni Termali (V.I.M.) organizzato dall'E.N.I.T. avrà inizio a Napoli il 16 giugno e durerà 12 giorni. Saranno visitate le stazioni termali seguenti: Agnano, Bagnoli, Pozzuoli, Ischia, Casamicciola, Lacco Ameno, Castellammare di Stabia, Bagni di Telese, Caramanico, Fiuggi, Terme di Civitavecchia, Terme di Viterbo, Sangemini, Chianciano.

Il viaggio sarà effettuato in treno speciale. La quota di partecipazione è di Lire ottocento per tutte le spese di viaggio e di soggiorno. Le iscrizioni si ricevono presso la Direzione Generale dell' E.N.I.T., via Marghera, n. 6, Roma (21), e saranno chiuse il 20 maggio.

Per le " Terme Stabiane ,,.

Un decreto-legge pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 24 marzo, autorizza la Cassa depositi e prestiti a concedere, nel quinquennio 1924-1928 al Comune di Castellammare di Stabia mutui all'interesse del 4 %, ammortizzabili in 50 anni, non eccedenti nel complesso la somma di L. 3,600,000, per provvedere alla costituzione di una zona di protezione delle acque minerali site nello Stabilimento denominato «Terme Stabiane» ed alla esecuzione delle opere di ampliamento e sistemazione dello Stabilimento stesso sia per renderlo in ogni sua parte rispondente alle moderne esigenze igieniche, sia per destinare una parte dello stesso a beneficio dei poveri.

Per l'Istituto di Antropologia criminale di Napoli.

Il «Gabinetto-Scuola di Antropologia Criminale G. B. Della Porta» sta per essere soppresso, in quanto che il Governo ha privato di ogni assegno il direttore prof. A. Zuccarelli e l'assistente dottore D'Alessio, i quali ora hanno rivolto un appello agli intellettuali perchè con offerte vengano in aiuto dell'istituzione, di cui ricordano le benemerenze nel campo medico, penale e biologico.

Scuola Convitto per signorine infermiere a Venezia.

L'Ospedale Civile di Venezia, mercè la generosa donazione d'una benefattrice ed il concorso della Congregazione di Carità, che ha ora l'Amministrazione dei varii Istituti sanitari cittadini, ha potuto aprire un Convitto per signorine infermiere.

La Scuola-Convitto ha sede in una casa della Congregazione di Carità, attigua all'Ospedale Civile, così che le allieve possono facilmente recarsi nell'Ospedale per la pratica di assistenza, mentre gli insegnamenti teorici sono impartiti nel Convitto stesso, che ha per ora 12 letti.

Nel giornalismo medico.

Neurologica, rivista italiana di neuropatologia e psichiatria, continua gli «Annali di Neurologia» e la «Rivista Italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia», già dirette dal sen. Bianchi e dal prof. D'Abundo. Vanta la duplice direzione di questi illustri clinici e scienziati.

Ha lo scopo di perseguire davvicino e di promuovere i progressi della specialità, apprestando ai medici ed ai cultori di questa branca dello scibile tutto ciò che di nuovo e di più importante si vada compiendo e pubblicando.

La direzione e la redazione hanno sede presso la Clinica delle Malattie Nervose e Mentali di Napoli, al Policlinico (Croce di Lucca); l'amministrazione presso la Casa Editrice Vittorio Idelson (via E. de Marinis, 28, Napoli).

Auguri che l'unificazione delle forze porti a rafforzare il successo già conquistato e ad accrescere i pregi delle due reputate riviste.

Per la preparazione dell'insulina.

Negli Stati Uniti, in Inghilterra e in Germania sono stati costituiti Comitati di controllo sulla preparazione dell'insulina allo scopo di garantire i malati sull'attività farmacodinamica e sul grado di efficacia dei preparati posti in commercio.

Per la difesa igienica delle popolazioni mussulmane.

Il prof. Ettore Levi, Commissario governativo per l'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, ha proposto al governatore della Tripolitania di provvedere, come ha già fatto la Francia, all'opera di propaganda educativa nel campo igienico dei sudditi mussulmani delle nostre Colonie. Egli ha presentato un opuscolo pubblicato dagli Istituti Pasteur dell'Africa del nord, con testo francese ed arabo, ed ha proposto di far eseguire la versione italiana del testo francese e la stampa a cura del governo della Tripolitania. La proposta è stata accolta.

In memoria dei medici francesi uccisi in guerra.

Lo scorso anno fu pubblicato un volume «souvenir», contenente i nomi e le citazioni all'ordine del giorno di 1800 medici francesi uccisi in guerra. Dalla vendita del volume si è ricavato quanto bastava per una artistica lapide, la quale è stata collocata nella parete esterna dell'«Ecole pratique», in rue de l'Ecole de Médecine». Essa porta semplicemente questa iscrizione: «A la mémoire des 1800 médecins morts pour la Patrie» ed un bassorilievo raffigurante un medico che cura un soldato ferito.

Vittime dei raggi X.

Il dott. Soret di Havre ha subito l'amputazione della mano destra a causa di una radiodermite cancerosa; ha la mano sinistra minacciata.

Il sig. Maxime Menard, radiologo all'Ospedale Cochin di Parigi, ha subito una terza operazione alle mani, per lo stesso motivo.

In Francia è stata ora presa l'iniziativa di promuovere una sottoscrizione per costituire un fondo a favore di tutti i radiologi che hanno riportato gravi lesioni nello studio o nella pratica dei raggi X e di erigere un monumento alla memoria di quanti ne sono morti.

Si è spento a Reggio Emilia il dott. cav. LUIGI MARINELLI, medico condotto del Comune. Fu un sanitario valoroso, che il suo sapere prodigò a vantaggio dell'umanità sofferente: mente aperta, uomo di cuore, amatissimo dagli infermi affidati alle sue cure, benevolo e apprezzato dai colleghi, dagli amici e dall'intera cittadinanza.

G. R.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., mar. — W. DENIS e E. L. KING. I costituenti chimici del sangue nella gravidanza normale e patologica. — G. K. DICKINSON. Scuola medica, ospedale e studenti. Inchiesta sulla «regolazione dei concepimenti». — L. MILLO. Cambiamenti oculari e sintomi preeclamptici.

Tubercolosi, feb. — E. BARSANDI. Algie addominali dei tbctici e plesso celiaco.

Paris Méd., 29 mar. — C. ACHARD. Zona oftalmico. — P. CARNOT e F. RATHERY. Effetti diuretici delle urine delle crisi.

Riforma Med., 31 mar. — P. G. CASTELLINO. Patogenesi e terapia della sclerodermia. — B. SARDO. Reaz. di Darany nella tbc.

Arch. de Cariol. y Hemat., mar. — J. PLANELLES. Le reaz. farmacolog. delle terminaz. dei nervi vegetativi del cuore; antagonismi e sinergismi.

Arch. p. Sc. Med., 3. — G. TIZZONI e P. BARDELLI. Azione del siero antitetan. contro la stricnina e la tossina del tet. — A. AZZI. Contenuto potassico del sangue nella fatica in alta montagna.

Folia Med., 30 mar. — A. MUGGIA. Rapporti fra emolisi intravitale, veleni emolitici ed ittero.

Liguria Med., 1 feb. — L. DURANTE. L'incisione estetica nella appendicectomia a freddo.

Pensiero Med., 31 mar. — A. LUSTIG. Per la lotta contro la tbc. — F. PANCRAZIO. Sindromi neurovegetative.

Clinica (Barcellona), mar. — A. VILA CORO Congiuntivite delle piscine.

Arch. Sc. Med., 4. — A. AZZI. Proprietà del siero anafilattico. — P. MINO e P. GARLASCO. Sulla trasfusione di sangue.

Revista Sanitara Militara, gen.-feb. — BUTOIANN e C. STOIAN. Radioterapia delle fistole salivari. — V. PANAITESUR. La febbre tifoide nell'esercito rumeno prima e dopo la vaccinaz.

Gaz. d. Hôp., 1 e 3 apr. — H. ROGER, L. IMBERT e A. DARCOURT. Tumore delle meningi cervicali superiori; intervento.

Riv. Cl. Pediatr., apr. — L. MAGNI. I riflessi di posizione nell'età infantile. — CARONIA. Replica a A. Amato.

Journ. Amer. Med. Assoc., 22 mar. — G. B. WELL. Percussione e palpazione ambidestre. — M. S. HENDERSON. Osteite cronica stenosante. — V. DABURY. La scarlattina è semplicemente anafilassi streptococcica? — E. S. GEISH. Fratture antiche dell'anca.

Gaz. d. Hôp., 8 e 10 apr. — M. AUVRAY. Varicocele pelvico. — 12 apr. ACQUAVIVA e CAIRE. Complicazioni delle ernie.

Presse Méd., 9 apr. — HUDELO e HARET. Incidenti e accidenti della bismutoterapia della sifilide. — 12 apr. ANDRÉ-THOMA. Sindrome del simpatico toracico e aneurisma aortico. — L.-M. BETANCES. Quadro azzurrofilo di Arneth e Stahl. — 18 apr. C.-A. PIGUET e A. GIRARD. I paradossi del pneumotorace terap.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI — Roma, 12 Maggio 1924 — Fasc. 19

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

SANATORIO POPOLARE MILANESE UMBERTO I
PRASOMASO (SONDRIO).
Direttore: cav. uff.: dott. M. BERTOLINI.

La reazione di Rivalta, di Martiri e di Sochansky nella diagnosi di essudati e trasudati.

Dott. ALESSANDRO BORGHERINI-SCARABELLIN (jun.)
Vice-direttore.

La pubblicazione di R. Bech Larsen e K. Secher di Copenhagen, sopra di una prova per distinguere gli essudati dai trasudati col metodo di Sochansky, è servita a divulgare l'uso di questo metodo, che il Sochansky aveva proposto fino dal 1918; ma non ha rivelato un metodo sostanzialmente nuovo, perchè il Martiri fin dal 1912, sotto il titolo «L'acidità apparente alla fenolftaleina degli essudati e trasudati» aveva esposto un metodo di ricerca, basato sullo stesso principio ed ottenuto colle stesse reazioni, solo di tecnica alquanto diversa; per cui si giunge a quello di Sochansky, con lievi modificazioni da quello del Martiri, comparso 6 anni innanzi. Ma il Rivalta ci aveva dato fin dal 1895 un metodo tanto semplice e praticamente utile per riuscire alla detta distinzione; onde è, che anch'io ho voluto saggiare la bontà dei metodi del Sochansky e del Martiri, mettendole a confronto con quelle del Rivalta, sembrandomi non fosse privo d'interesse uno studio critico e di controllo di queste reazioni, approfittando del ricco materiale del nostro Sanatorio e della frequente necessità in cui ci troviamo di decidere se un liquido pleurico estratto, appartenga ad essudato od a trasudato.

La distinzione dei trasudati dagli essudati ha interessato molto i ricercatori che si rivolsero per questo scopo, come è ben noto, alla determinazione del peso specifico, del grado di viscosità, del punto di congelazione, della quantità di albumina, della tensione superficiale, dell'indice peptolitico e ad altri metodi ancora.

Dirò brevemente di qualcuno di questi:

La ricerca del peso specifico o densità è praticata anche oggi comunemente: si ammette che quando il peso specifico sta al disotto di una certa cifra variabile secondo gli A. da 1015-1010, si tratti di un trasudato; mentre al disopra di 1018 il liquido in esame deve considerarsi come essudato. Invero nei riguardi del peso specifico Sochansky, oltre che rile-

vare che per questo metodo occorre abbondante quantità di liquido, che non sempre è a disposizione, afferma di aver trovato nelle sue ricerche, estese a 248 casi, essudati con peso specifico assai basso e trasudati con peso altissimo. Mie osservazioni mi hanno persuaso che la ricerca della densità dà un risultato sicuro per essudati molto corpuscolati, perchè allora il valore della densità è anche molto alto; mano mano la corpuscolazione diminuisce e si abbassa il peso specifico, si va verso valori che hanno significato sempre meno sicuro: quando poi il peso specifico sia molto basso e cioè 1004-1005, esso diventa di nuovo attendibile, significando la presenza di un trasudato.

Lenk e Pollak misero in evidenza in tutte le raccolte liquide cavitarie, un fermento peptolitico che decompone il gliciltriptofan e si svela mettendo questa sostanza in contatto col liquido da cimentare; la quantità di gliciltriptofan decomposta (indice peptolitico) è scarsa nei trasudati da stasi pura, elevata in tutti gli essudati, elevatissima in quelli tubercolari e carcinomatosi.

Il Trevisan, già Direttore di questo Sanatorio, fece col metodo stalagmometrico la ricerca della tensione superficiale in 34 liquidi di densità differenti; egli si servì di uno stalagmometro normale, che dà per l'acqua distillata ed a 15°, 100 goccie (Traube). Però non potè determinare i valori assoluti, perchè ad impedire la coagulazione, aggiungeva a 10 cc. di liquido appena estratto un cc. di soluzione acquosa al 10% di citrato sodico neutro purissimo; che, non alterando i valori comparativi, doveva necessariamente alterare quelli assoluti; e giunse alla conclusione, che il metodo della tensione superficiale per differenziare gli essudati da trasudati non è inferiore al metodo della densità.

Il fondamento dottrinale dei metodi di Martiri e di Sochansky sta in ciò: che la sostanza o gruppi di due sostanze, la cui presenza rivela gli essudati, si comporta come acida, quantunque la reazione globale degli essudati e trasudati sia alcalina, con grado maggiore per questi ultimi; e questa sostanza, che si comporta come acida, può venire neutralizzata da una soluzione di ossido idrato di soda; la reazione si rende manifesta a mezzo di un indicatore quale la fenolftaleina, che è assai sensibile anche di fronte a piccole quantità di acidi.

Per la reazione Sochansky si prendono vari recipienti: nel primo si versa 0.10 cc. di soluzione n/10 NaOH, nel secondo 0.20 e via via salendo con 0.30-0.40-0.50, ecc.: si aggiungono, in ognuno, poche goccie di soluzione alcoolica di fenolftaleina 1% ed acqua distillata fino a 100 cc. Da ogni recipiente si tolgono 9 cc. del relativo contenuto, e su questi 9 cc., si esegue la reazione, la quale consiste nel versarsi sopra un cc. di liquido in esame, mescolando poi la massa. Avviene nel reattivo a maggiore alcalinità una colorazione rosso intensa, che verso le minori alcalinità, va degradando fino a scomparire: è questo il limite da cui si deduce se il liquido in esame appartiene ad un essudato od a un trasudato.

Il metodo del Martiri (1) è molto più semplice. Si prendono 10 cc. di liquido patologico, che si diluiscono con 40 cc. di acqua distillata con aggiunta di due goccie di soluzione alcoolica di fenolftaleina; si lascia poi cadere a goccie la soluzione decinormale di soda fino a che compare un colore roseo-rosso persistente. Ammette l'A. che la cifra 0.4-0.5 cc. di soluzione n/10 NaOH sia il limite per la differenziazione tra trasudati ed essudati. Questo può valere anche per il metodo Sochansky.

Va rilevato che i metodi Martiri e Sochansky sono esposti a molte cause di errore che conviene quindi evitare. Anzitutto conviene che la reazione sia eseguita su essudato pleurico recentemente estratto, poichè abbandonato a sè un essudato, dopo la estrazione, i valori della ricerca praticata successivamente sullo stesso, vanno via via diminuendo fino a scomparire. Ho osservato anche variare i risultati della reazione esperimentando sullo stesso essudato con differenti campioni di acqua distillata, che prendevo da recipienti diversi, dove era conservata da molto tempo e che mostrava maggiore o minore grado di alcalinità: l'inquinamento accidentale dei recipienti con sublimato corrosivo aumenta l'indice di reazione, e così la presenza di arsenico passato nell'essudato per propinazione al paziente come farmaco: la presenza di pigmenti biliari lo abbassa.

Il Martiri afferma che col suo metodo si può avere un criterio relativamente esatto del quantitativo di albumina dei liquidi pleurici, che la quantità di soluzione di soda usata è direttamente proporzionale alla quantità di albumina presente nel liquido in esame, e che ogni decimo di cc. di soluzione di soda corrisponde a circa 6-7 gr. di albumina per 1000.

Conviene però rilevare la giusta osservazione dei due Larsen e Secker che notano, come nel liquido pleurico si possono trovare dei prodotti di regressione delle albumine che valgo-

(1) Ringrazio il dott. Martiri d'avermi gentilmente favorito il suo lavoro.

no per loro conto a modificare il valore della cifra di soluzione n/10 di NaOH adoperata; e conviene poi tener conto di tutte le cause di errore sopra accennate, per cui le cifre indicate dal Martini, devono considerarsi molto relative. Ho riscontrato giusta l'osservazione del Martiri, che non si hanno differenze, sia ricercando nel liquido in toto che su quello molto accuratamente centrifugato; ciò che dimostra che gli elementi morfologici sospesi non influiscono sulla reazione; invece se si allontana l'albumina col riscaldamento e filtrazione, si ottiene un forte indebolimento della reazione fino alla scomparsa.

Una questione d'importanza pratica hanno sollevato Larsen e Seker: dicono che trovandosi d'innanzi ad una incipiente suppurazione, il limite di reazione è considerevolmente più alto; e giungono alla deduzione, che occorrendo un cc. o più di soluzione n/10 NaOH si ha a fare *con casi da trattarsi chirurgicamente.*

Se i due Autori intendono di dire che in tali casi conviene passare alla pleurotomia od alla toracotomia, sulla base delle mie osservazioni posso dire, che la deduzione di Larsen e Secker è eccessiva, perchè in più di 3/4 dei miei casi, la quantità di soluzione n/10 NaOH è stata superiore al cc. ed in nessuno abbiamo dovuto passare nè alla pleuro nè alla toracotomia; solo in alcuni per l'enorme quantità di raccolta, abbiamo praticata la toracentesi. La quantità più elevata di soluzione n/10 NaOH fu necessaria specialmente nei casi appartenenti al secondo dei tre tipi di pleurite pneumotoracica descritti dal Forlanini: ed è quello nel quale è meglio non praticare nessun atto operativo ed abbandonare a sè la raccolta, poichè il paziente la sopporta senza febbre e senza disturbi (1).

È però importante ricercare perchè in taluni liquidi la quantità usata di soluzione n/10 NaOH salga a cifre superiori ad un cc., e cioè si trovi in quantità più elevata la sostanza acido reagente. Evitando che ciò dipenda dalle cause di errore più sopra rilevate, i valori elevati della soluzione n/10 NaOH si possono avere in soggetti la cui alimentazione sia ricchissima di sostanze quaternarie, come per alcuni nostri casi, nei quali la dieta conteneva gr. 160 di albuminoidi, cifra molto elevata sia in valore assoluto sia messa a confronto con quella dei grassi e degli idrati di carbonio, rispettivamente gr. 115 e gr. 519 (normale per uomo adulto e lavoratore: albuminoidi gr. 120, idrati carbonio gr. 500, grassi gr. 56). Dalle esperienze di Salvioli e Cervello si può dedurre che le globuline del sangue sono di origine alimentare.

Anche la lunga permanenza del liquido nella cavità toracica può elevare i valori anzidetti; ma prescindendo da queste cause, i valori più alti furono da noi riscontrati nel sopracennato secondo tipo di pleurite pneumotoracica, il che significa che, indipendentemente dalla ricca alimentazione e della lunga permanenza del versamento in cavità, la ragione del fatto debba ricercarsi per alcuni casi nel processo medesimo che elabora la raccolta.

Concludendo: la reazione del Martiri ha un indiscutibile valore pratico e va preferita a

---

(1) È noto che nel *primo tipo* si raggruppano quei casi nei quali il versamento si produce e cresce con molta lentezza, cosicchè il medico si accorge della sua presenza quasi di sorpresa, perchè il malato non accusa disturbi generali o locali e quasi nemmeno febbre. In questi casi anche se la reazione Martiri dà dei risultati oltre il cc. di soluzione n/10 NaOH, sarebbe una colpa il fare non solo la toracotomia, ma persino la toracentesi; perchè l'esperienza ha dimostrato che il liquido, che non è mai molto abbondante si riassorbe spontaneamente in breve tempo e può anche rinnovarsi e scomparire varie volte (*essudati ricorrenti*). In questi casi incombe al medico solo l'obbligo di vigilare per mantenere il pneumotorace alla dovuta pressione.

Il terzo tipo di pleurite pneumotoracica è caratterizzato da quei casi nei quali il versamento pleurico, che si forma in modo rapido ed in quantità abbondante, è accompagnato da gravi fenomeni generali, disturbi di circolo e del respiro, e febbre molto elevata ed ostinata. In tali casi il medico deve per forza intervenire; ma anche in questi ho notato che nonostante occorra oltre un cc. di soluzione n/10 NaOH per la reazione, non è necessaria la toracotomia, e basta la toracentesi, che talora si deve ripetere una seconda, ma raramente una terza volta.

Il secondo tipo è caratterizzato dalla presenza di un liquido che cresce lentamente ma continuamente fino ad occupare tutto il cavo pleurico. Non si hanno abitualmente disturbi del circolo e del respiro neanche con enorme quantità di liquido, il quale diventa man mano più denso e più torbido per la presenza di elementi morfologici. In questo secondo tipo, nonostante il valore elevato della reazione Martiri, che va anche fino a 3 cc. di soluzione n/10 NaOH, sarebbe un errore praticare la toracotomia, la quale non farebbe altro che esporre al pericolo d'infezione secondaria con fistola residua ed enorme cavità suppurante, difficilmente riducibile. In questo caso la semplice toracentesi è di dubbia opportunità, perchè è dimostrato che il liquido si riforma inevitabilmente; onde è meglio abbandonare a sè stessa la raccolta, tanto più che il paziente la sopporta senza febbre e senza disturbi, e la raccolta può rimanere in cavità anche più anni.

quella del Sochansky per la maggiore semplicità; nè è giusto obbiettare che il metodo Sochansky serve meglio quando si hanno piccole quantità di liquido, poichè anche la prova Martiri si può fare con piccole quantità di liquido, naturalmente riducendo in proporzione la quantità dei reattivi; per la giusta valutazione dei risultati conviene tener presente le molteplici cause di errore cui essa può andare incontro.

Se si voglia confrontare la reazione Martiri con quella del Rivalta bisogna convenire che quest'ultima ha dei pregi superiori. Anzitutto la reazione non richiede che 100 cc. di acqua distillata a cui si aggiunga qualche goccia di acido acetico glaciale; se si lascia cadere sopra questo reattivo qualche goccia del liquido in esame, si constata, qualora si tratti di essudato, che lungo il tragitto della goccia si va formando una nubecola, che può paragonarsi al fumo di una sigaretta: il tempo da impiegarsi per la reazione è minimo: il risultato non si modifica anche se si pratichi con un liquido estratto da alcun tempo dalla cavità pleurica. Ho trovato in ogni caso la piena corrispondenza dei risultati fra questa e la reazione del Martiri.

Perciò la reazione del Rivalta, per la sua semplicità, rapidità e precisione, merita di essere la preferita: ma quella del Martiri può darci, con qualche approssimazione, il valore quantitativo del contenuto in albumina.

BIBLIOGRAFIA.

BARBERIO D. M. *Contributo alla diagnosi differenziale tra essudati e trasudati mediante una nuova prova con l'acido acetico diluito.* Riforma Medica, 1923.

BASILI. *Su di una nuovissima e facile sieroreazione e sul suo valore semeiologico e prognostico.* Rivista critica di Clinica Medica, anno 14°.

BRECCIA A. *Contributo allo studio delle pleuriti essudative nel pneumotorace.* Rivista critica di Clin. Med., 1919.

CALLETTA. *Ricerche sulla diagnosi differenziale tra essudati e trasudati.* Policlinico, 1908.

B. LARSEN e SEKER. Berl. Klin. Wochenschrift, 1921, n. 13.

LENCK e POLAK. Deuts. Arch. für Klin. Medizin, vol. 109, fasc. 3-4, 1913.

MARCONI. *La nuova siero-reazione del Rivalta nella meningite tubercolare ed in altre manifestazioni specifiche di bambini.* Clin. Med. Italiana, 1913.

MARTIRI. *L'acidità apparente alla fenolftaleina degli essudati e trasudati.* Foglia Clin. Chim. e microscopica, 1912.

MORANDI. *La nuova prova del Rivalta nelle sierositi specifiche, praticata sul sangue e sugli essudati.* Clin. Med. Italiana, 1911.

MORELLI. *Il nuovo metodo per differenziare gli essudati dai trasudati.* Clin. Med. Ital., 1912.

SILVESTRINI R. *Per la diagnosi differenziale tra gli essudati e i trasudati.* Clin. Med. Italiana, 1906.

SOCHANSKY. *Nuovo metodo per distinguere gli essudati dai trasudati.* Gazz. Ospedali e delle Clin., 1919. (Refer. dalla «Wien. Klinische Woch.», 1918).

RIVALTA. *Su di una nuovissima reazione per la diagnosi clinica differenziale tra essudati sierosi e trasudati semplici.* Riforma Med., Vol. II, 1895.

ID. *Diagnosi differenziale tra essudati e trasudati mediante prova dell'acido acetico diluitissimo.* Policlinico, 1905.

ID. *Su di una nuova e facile siero ed emoreazione col carbonato di sodio e l'acido acetico diluito.* Clin. Med. Ital., 1915.

TREVISAN. *I valori della tensione superficiale col metodo stalagmometrico per la diagnosi differenziale tra essudati e trasudati.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1911.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE HIRSCH DI SALONICCO.

Contributo clinico-operativo nella sacralizzazione dolorosa delle ultime vertebre lombari.

Prof. dott. ENRICO SCIAKY,
chirurgo primario e docente di chirurgia.

La «sacralizzazione delle ultime vertebre lombari» consiste in uno sviluppo anomalo ed esagerato delle ultime vertebre lombari, che vengono ad assumere aspetto e forma sacrale, ed a formare anche talora un tutto unito e fuso col sacro stesso.

Tale anomalia, frequente per la V vertebra lombare, si è anche dimostrata, sebbene in grado e frequenza meno accentuata, anche per la VI e le vertebre superiori.

I primi reperti di tale anomalia, furono messi in evidenza da Le Double, in uno studio anatomo-patologico, basato su ricerche necroscopiche fatte per rivelare anomalie scheletriche della colonna vertebrale.

È pertanto doveroso riconoscere che accenni a tale anomalia vertebrale, si trovarono anche fra gli altri, nel Trattato di Anatomia Patologica del Kauffmann, in pubblicazioni precedenti di Putti, ecc.

Qualche tempo dopo, il noto radiologo italiano M. Bertolotti, con una serie accurata di ricerche radiologiche eseguite sul rachide per studiarne le anomalie di forma, in rapporto alle sindromi dolorose, descrive una «Sindrome di sacralizzazione dolorosa della V vertebra lombare» con tanta precisione, da valergli tra noi, l'applicazione del suo Nome a questa sindrome di «sacralizzazione» lombare.

Poco dopo la comparsa di questo lavoro del Bertolotti si è avuto addirittura un diluvio di

contributi radiologici, clinici, medico-legali e terapeutici, un po' dapertutto, che non hanno mancato spesso anche dell'esagerazione.

Il Coleschi pubblica uno studio sulla « sacralizzazione totale simmetrica della V vertebra lombare », basato specialmente sull'indagine radiologica, e l'Albanese pubblica un lavoro analogo sulla « sindrome del Bertolotti ».

Rossi è portato ad un analogo reperto di sacralizzazione della V vertebra lombare; nella ricerca della genesi da compressione ossea, di molte sciatiche che non sono altro che « sindromi del Bertolotti » e, precisando le alterazioni morfologiche del V metamero sacralizzato, dimostra oltre all'anomalia di sviluppo dei processi trasversi, importanti modificazioni del corpo vertebrale, dello spazio intervertebrale, ecc., non solo limitate alla regione lombo-sacrale, ma estese anche talora più in alto; ciò che assume un alto valore clinico perchè rivela un insieme di altre sindromi, di disturbi trofici (amiotrofia dei glutei), e della sensibilità oggettiva (ipoestesia, segno di Lasègue, dolorabilità alla pressione sui punti di Valleix) di deviazione del rachide, ecc., che ne completano ed allargano il quadro clinico.

Lupo continua le ricerche radiologiche nei casi sospetti per meglio studiare i vizi di assimilazione sacrale del V metamero lombare e viene alle conclusioni che: la sacralizzazione della V vertebra lombare non è più rara nell'infanzia, che nell'adulto; che il vizio morfologico è molto più frequentemente bilaterale che non unilaterale; che esso non si accompagna durante il primo e secondo decennio a turbe dolorose e nervose, se non in via eccezionale e che per contro va frequentemente associato a malformazioni congenite degli arti inferiori e del bacino, quali la lussazione congenita dell'anca, la coxa vara, ecc.

A conferma della frequenza di questa sacralizzazione delle ultime vertebre lombari, valgano anche le recenti ricerche radiologiche di Aimes et Jaques i quali avrebbero dimostrato radiograficamente tali anomalie ben 21 volte su 63 soggetti studiati, che erano affetti da sindromi dolorose lombari, sacro-iliache ed ischiatiche.

Non v'ha dubbio che il dilagare della ricerca sistematica di questa sacralizzazione della V vertebra lombare, a spiegazione dei più svariati fenomeni dolorosi di oscura origine, ha portato in inganno molti studiosi e provocato spesso facili errori nelle interpretazioni clinico-infortunistiche, suggestionato del che, A. Léri ha pubblicato uno studio di ricerche clinico-radiografiche colle quali cerca di dimostrare come la frequenza della pretesa sacralizzazione della V vertebra lombare sia stata spesso esagerata, e come si sieno spesso interpretate per anomale, forme, aspetti e posizioni che rientravano nel quadro, anatomico e fisiologico normale.

In tale dimostrazione, l'A. ha dovuto senza dubbio peccare qua e là dell'esagerazione opposta, tanto che, per mettere le cose a posto, il Benassi in un recentissimo lavoro critico-clinico, viene a conclusioni ben diverse dalle sue, dimostrando le pecche degli uni e degli altri, e concludendo dopo un accurato esame della questione sulla reale esistenza di una « sindrome da irritazione del tronco lombo-sacrale e branca anastomotica » che suddivide, avuto riguardo alle cause, in:

a) *Sacralizzazione* (vera anomalia morfologica) con sindrome di Bertolotti.

b) *Pseudo-sacralizzazione*

e termina il suo lungo lavoro polemico-critico, con la constatazione dei benefici effetti radiodiagnostici nella ricerca di questa anomalia, e con l'affermazione per altro dell'utilità di certi studii sull'argomento che mettano i clinici in guardia contro le facili esagerazioni e generalizzazioni, tanto pericolose nella nostra scienza. Accenna poi all'alto valore che ha lo studio di questa sindrome nel campo infortunistico per la ricerca del nesso causale fra trauma e sindrome dolorosa.

Tale anomalia scheletrica suole manifestarsi al medico con sindromi dolorose a tipo non ben definito, che assumono qua e là aspetti di sciatica, di sacro-coxalgia, di morbo di Pott, di coliche nefritiche, ovariche, appendicolari, ecc., colla quale dovrà dibattersi la diagnosi differenziale.

Il paziente è in genere individuo a facile stancabilità; che in seguito a prolungata stazione eretta viene spesso preso da facili dolori lombari, dolori che talora possono retrocedere col riposo orizzontale. In seguito, la persistenza dei fenomeni dolorosi può rendere l'individuo parzialmente o totalmente impotente al lavoro.

Tali dolori si spiegano con la compressione ed irritazione delle radici spinali nervose imprigionate fra l'apofisi trasversa ipertrofica ed il sacro; come pure con la compressione dei muscoli e lo stiramento dei legamenti, unitamente a processi artritici di articolazioni e sinostosi neoformatesi fra l'apofisi trasversa e le ossa circostanti.

La patogenesi ne resta tuttora sconosciuta; ma si crede ad una malformazione congenita che incomincia a provocare dolori, quando si compie l'ossificazione.

Le Double, nella classificazione che propone, distingue 6 gradi di sacralizzazione; dalla semplice ipertrofia dell'apofisi trasversa delle vertebre, alla totale sinostosi uni- o bilaterale, la cui diagnosi è lasciata quasi unicamente alla radiologia.

Circa i metodi terapeutici sappiamo che la cura medica di riposo, bagni d'aria, galvano-faradizzazione, termo e fototerapia, ecc., hanno dato scarsi risultati pratici.

Appare quindi assai più razionalmente indicata in tali casi, la curà radicale chirurgica, consistente nell'ablazione sistematica di queste neoformazioni ed iperplasie ossee, ogni qualvolta vi sia la sindrome dolorosa.

Novè Josserand e Mauclaire che l'hanno praticata spesso in Francia, incontrando talora difficoltà operatorie anche non lievi, né riferiscono risultati incoraggianti.

Perchè coronato di successo credo utile di citare un caso della mia casistica ospedaliera, che non mi pare scevro di interesse.

Barzilay R., di anni 34, nata a Salonicco, donna di casa, coniugata da 15 anni ad uomo sano, non presenta tare ereditarie di lues o di tubercolosi; figlia di genitori viventi e sani ha avuto 3 gravidanze a termine senza un aborto.

Soffre da circa 12 anni di dolori sacro-iliaci intermittenti, con irradiazioni alle coscie, talora tanto acuti che cedono solo alla morfina. Non sempre il riposo le giova. È stata trattata sempre per isterica e reumatizzante con cure elettro-termo-minerali e tonici nervini, senza risultato pratico.

L'esame delle urine, non rivela nulla di anormale.

Lo stato generale della paziente ne rivela l'intima sofferenza, lo stato di sanguificazione lascia alquanto a desiderare.

Non presenta nulla a carico degli organi toraco-addominali.

L'apparecchio linfo-ghiandolare è normale.

I riflessi patellari sono vivissimi d'ambo i lati, specie a sinistra dove si provoca dopo qualche battuta, un vero clono della rotula. Lieve iperestesia alla cute degli arti inferiori; riflessi superficiali e profondi altrove normali.

Colpisce, al disopra del sacro, una certa dolenzia alla pressione delle vertebre lombari; la palpazione profonda rivela lateralmente alle ultime due vertebre lombari un senso di ripienezza ossea più del normale, dolente alla pressione e congiunta ad un certo grado di rigidità della colonna vertebrale nei diversi movimenti.

L'esame radiologico della colonna vertebrale, eseguito dal radiologo Dr. Th. Sakellarides, riesce di una chiarezza diagnostica evidente. I processi trasversi della IV e V vertebre lombari sono sviluppatissimi, fusi tra loro, a formare un tutto unico con le ali sacrali da ambo i lati.

Posta così la diagnosi di sacralizzazione delle ultime due vertebre lombari, e riconosciuta in essa la causa della sindrome dolorosa, vista l'inutilità al caso delle cure mediche si propone all'inferma un intervento chirurgico tosto accettato.

In cloreteronarcosi il 27 novembre 1920 e posizione ventrale della paziente, esegue un'incisione mediana di 20 cm., dalla I vertebra lombare alla 1/2 altezza del sacro. Distacco verso l'esterno le masse sacro lombari e denudo in tal guisa d'ambo i lati una voluminosa tumefazione ossea irregolare che fa corpo con le due ultime vertebre lombari, rispettivamente a destra e a sinistra e si continua in basso col sacro.

Visto l'importanza dei fenomeni compressivi nervosi e desideroso di togliere all'inferma ogni dolore, asporto le due masse ossee laterali, ed eseguo anche nel contempo la laminectomia delle IV e V vertebre lombari, realizzando in tal guisa una sicura ed ampia decompressione e suturo al disopra con punti di catgut staccati, le masse sacro-lombari e con seta la cute.

I postumi si svolsero normali e la guarigione si produsse per prima.

L'ammalata si dimette dall'ospedale guarita un mese dopo; essa non avverte più alcun disturbo e può deambulare speditamente. Riveduta poco tempo addietro, a quasi tre anni dal l'intervento, essa gode perfetta salute ed afferma di non aver mai più avuto un solo accesso doloroso.

Ho giudicato l'esposizione di questo caso istruttivo al doppio punto di vista e cioè della necessità di un'accurata indagine radiologica del segmento vertebrale corrispondente, in caso di dolori ostinati lombo-sacrali e della utilità ed indicazione operatoria nei casi in cui detta sindrome, corrispondente a tale anomalia, non tragga giovamento dalle cure mediche.

BIBLIOGRAFIA.

ALBANESE. *Per la conoscenza della sindrome del Bertolotti.* La chirurgia degli organi di movimento, vol. V, fasc. VI, anno 1921.

ATHANASSIO-BENISTY. *Formes cliniques des lésions des nerfs.* Masson, ed. Paris 1916.

BENASSI. *Sacralizzazione e pseudosacralizzazione della V vertebra lombare.* La chirurgia degli organi di movimento, V. 7, fasc. 6, 1923.

AIMES et JACQUES. *Recherches sur la fréquence de la sacralisation de la V vertèbre lombaire, dans les douleurs persistantes de la région lombo-sacrale.* Le Progrès Médical, 1923.

BERTOLOTTI. *Lezioni di radiologia medica.* La Riforma medica, n. 1-6, anno 1917.

ID. *Contributo alla conoscenza dei vizi di differenziazione regionale del rachide, con speciale riguardo alla assimilazione sacrale della V vertebra lombare.* La Radiologia medica, maggio-giugno 1917.

ID. *Anomalie congenite del rachide cervicale.* La chirurgia degli organi di movimento, volume 4, fasc. 4, anno 1920.

ID. *Les syndromes lombo-ischialgiques d'origine vertébrale: leurs entité morphologique, radyologique et clynique.* Revue neurologique. Paris, Tom. XXXVIII, n. 8, août 1922.

CLAP. *Anomalie de la V vertèbre lombaire; étude radyologique.* Bull. et mém. de la Soc.

anat. de Paris 1920, année XC, 6ª série. Tome XIII, n. 8, p. 533-539.

COLESCHI. *Sacralizzazione totale simmetrica della V vertebra lombare.* Rassegna della Previdenza Sociale, n. 3, anno 1918.

ID. *Contributo allo studio radiologico delle anomalie congenite del tratto lombo-sacrale del rachide.* La Radiologia medica, luglio-agosto 1918.

DELATTRE. *Déformations du bassin osseux et sacralisation de la V/ème vertèbre lombaire.* Journal des Soc. Médic. de Lille, n. 42, 15 octobre 1922.

DELHERM et THOYER-ROZAT. *Sacralisation de la V vert. lombaire.* Bull. méd. 1921, Paris. Tome XXXV, n. 1.

FRANÇOIS. *Deux cas de sacralisation de la V vert. lombaire.* Le Scalpel, Bruxelles, Tome LXXIV, n. 25, 18 juin.

IMBERT et CATHALORDE. *Sur la sacralisation douloureuse de la V vert lombaire.* Gaz. des Hôpitaux, Paris, Tome XCIX, n. 52, 2 juillet 1921.

JAPIOT. *La sacralisation de la V vert. lombaire.* Journ. de Radyol. et d'Electr. Paris, T. V, n. 4, avril 1921.

LEDOUX et CAILLODS. *La sacralisation de la V vert. lombaire; sa pathogénie.* La Presse Médic. Paris, T. XXIX, n. 13.

LERI. *La lombarthrie.* La Presse Méd. Paris, n. 12 et 13.

ID. *La V vert. lombaire et ses variations; leur image radyographique: leur valeur clinique; sacralisation et pseudosacralisation.* La presse Méd., Année 1922, n. 15.

LE DOUBLE. *Traité des variations de la colonne vertèbrale.* Vigot, ed. Paris, 1912.

LUPO. *Contributo alla conoscenza del vizio di assimilazione del V metamero lombare, con speciale riguardo alla sua morfologia nell'infanzia.* La Chir. degli organi di Mov., vol. V, fasc. 5, anno 1920.

MAUCLAIRE. *La sacralisation douloureuse de la V vert. lomb.* Paris Médical, Tome XI, n. 5, 29 janvier 1921.

NOVÉ-JOSSERAND et RENDU. *La sacralisation de la V vert. lomb. et les accidents qui en résultent.* La Presse Méd. Paris, n. 52, 1920.

PUTTI. *Die angeborenen Deformitäten der Wirbelsäule.* Fortschritte an dem Gebiet der Roentgenlehre, Bd. 14, Heft. 5, e Bd. 15, Heft. 2-5.

ROSSI. *Sulla sacralizzazione della V vertebra lombare.* La radiologia medica, gennaio-febbraio 1918.

ID. *Sciatiche di origine scheletrica da anomalie vertebrali e sindrome del Bertolotti.* La Chir. degli Organi di Movim., vol. II, fascicoli 5 e 6.

SERRA. *Anatomia e patologia radiografica della V vert. lomb.* La Radiologia medica, giugno 1914.

SICARD et FORESTIER. *Rachialgie lombaire chronique (Lumbago chronique rhumatismal).* La Presse Médical, année 1922, n. 5.

THURSTAN HOLLAND. *Sur la sacralisation de la V lombaire.* The Journ. of Bone and Joint Surgery (Boston), T. IV, n. 2, apr. 1922.

ZIMMERN, LAURENT, WEILL. *Sacralisation de la V vert. lombaire.* Soc. de Radyologie Méd. de France, 11 avril 1922.

NOTE DI TECNICA.

CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
Direttore: Prof. GIACINTO VIOLA.

Sul dosaggio colorimetrico dell'albumina nel liquido cefalo-rachidiano.

FEDERICO ALZONA, lib. doc.

Molteplici metodi sono stati proposti per il dosaggio dell'albumina nel liquido cefalo-rachidiano, dei quali ognuno ha i suoi vantaggi ed i suoi svantaggi: certo, dal punto di vista chimico, il più preciso resta pur sempre quello gravimetrico, cioè della pesata dell'albumina precipitata e seccata. Ma, dovendosi lavorare, generalmente, con piccole quantità di liquor, il metodo espone a difficoltà tecniche notevoli, senza tener conto della sua lunghezza e quindi della sua poca praticità. Altri metodi più semplici, fra tutti quelli escogitati, sono rimasti nella pratica, e citerò quello di Nissl, fondato sul volume del precipitato albuminoideo raccolto colla centrifugazione in una provetta graduata tipo Esbach, quello di Brandberg, colla modificazione di Zaloziecki, basato sul limite di precipitabilità dell'albumina con l'acido nitrico di densità stabilita e successiva osservazione in campo oscuro, e finalmente il metodo diafanometrico di Mestrezat, che si poggia sul principio del confronto del liquor in esame, nel quale l'albumina è stata precipitata coll'acido tricloro-acetico, con soluzioni titolate pure d'albumina, dalle quali questa è stata previamente precipitata collo stesso mezzo e che quindi costituiscono una scala d'opacità, Questo metodo è ora assai diffuso in Francia, ma v'è l'inconveniente che le sospensioni di confronto non sono facilmente conservabili, come anche fa notare Weigeldt, dalla Clinica di Struempell, nel suo recentissimo studio sul liquor.

Pur non discutendo i vantaggi particolari a ciascuno dei metodi suaccennati, si deve in linea di massima ammettere che tali metodi o sono di una precisione molto relativa oppure, in riguardo alla loro precisione, dipendono troppo da fattori meccanici difficilmente costanti (ad es. velocità di rotazione della centrifuga nel metodo di Nissl) o da elementi personali di valutazione. D'altra parte, quando si esce fuori dal campo rigidamente analitico dell'analisi chimica quantitativa — e il restarvi, usando, ad es., il metodo gravimetrico, comporta alla sua volta degli inconvenienti: perdita notevole di tempo, necessità di operatori abilissimi per non incorrere in errori grossola-

ni — un certo coefficiente d'errore, da attribuirsi più che al metodo in sè, ai criteri di valutazione personale dello sperimentatore, esiste sempre.

Si tratta, quindi, di ricercare quel metodo, che espone al minimo di scarti interpretativi. E crediamo che la colorimetria sia appunto in queste condizioni, quando venga praticata con attenzione: l'abitudine ai colori s'acquista rapidamente e facilmente e i risultati che se ne hanno sono perfettamente utilizzabili per la clinica, data la loro costanza e precisione.

Abbiamo, quindi, cercato di applicare anche per l'albuminometria del liquor il metodo colorimetrico, già usato allo stesso scopo da Autenrieth (1) nelle urine col colorimetro di Hellige, ma che non è applicabile senz'altro al liquor per la bassa percentuale di albumina ed eventualmente globulina in quest'ultimo e che quindi abbiamo dovuto modificare per le nuove esigenze.

***

Il principio del metodo consiste nello sfruttare la tinta violetta che assume una soluzione alcalina di albumina in presenza di piccole quantità di solfato di rame (*reazione del biurete*), colorazione che è strettamente proporzionale al contenuto albuminoideo.

Occorre dapprima preparare la soluzione di albumina titolata e nella quale sia stata praticata la reazione del biurete, colla quale si deve riempire il prisma del colorimetro per le successive titolazioni di confronto. Due sono i metodi che si possono seguire per giungere a tale risultato: uno di essi è quello stato indicato da Autenrieth anche per l'urina, l'altro è quello al quale in definitiva mi sono attenuto, dopo prove di confronto del primo che mi hanno convinto dell'identità dei risultati e che ha il vantaggio di essere assai più semplice. In ogni modo li citeremo ambedue.

1) Con una buretta graduata si misurano, in due bicchieri, due saggi di 50 cc. di urina albuminosa, il cui contenuto in albumina non sia al disotto dell'1 per mille. In ambedue si pratica la dealbuminizzazione *nel modo più accurato*, o col metodo del riscaldamento e aggiunta di acido acetico diluitissimo o con quello della precipitazione coll'alcool. Col *primo* metodo, consigliato da Autenrieth, occorre portare il bicchiere in un bagno-maria all'ebullizione, attendere qualche minuto, sino a quando l'urina s'è intorbidata fortemente, poi aggiungere qualche goccia di acido acetico al 10 %. Filtrare immediatamente su filtro a contenuto noto di ceneri, previamente seccato in stufa a 110° e pesato alla bilancia di precisione.

Seguendo il *secondo* metodo, ai 50 cc. di urina di ciascun saggio s'aggiunge 200 cc. d'alcool assoluto e si riscalda brevemente a bagno-maria: l'albumina precipita *in toto* sotto forma di fiocchetti. Conviene attendere per la filtrazione l'indomani, filtrazione che si praticherà su filtro trattato nello stesso modo usato per il metodo precedente.

Se la precipitazione è avvenuta completamente, il filtrato non deve dare la minima reazione dell'albumina, cosa non sempre facile ad ottenere: in caso che la dia, tutto è da rifare. Personalmente, dopo molte prove, ci siamo persuasi che la precipitazione avviene più completamente col metodo dell'alcool, al quale, quindi, abbiamo dato la preferenza. Questo, della perfetta dealbuminizzazione, è, del resto, l'unico momento delicato della preparazione.

L'albumina, che rimane sui due filtri, che chiameremo A) e B), va lavata con alcool molto caldo; poi, quella del filtro A) con alcool assoluto, quindi con etere. Il filtro A), in seguito, colla sua albumina, verrà posto in crogiuolo di platino, di cui si conosce la tara alla bilancia di precisione; quindi in stufa a 120° per un'ora almeno e lasciato raffreddare in essiccatore. Si fa, infine, la pesata alla bilancia di precisione, compiuta la quale si procede alla combustione delle sostanze organiche portando il crogiuolo sulla fiamma della soffieria. A combustione avvenuta, si peserà di nuovo il crogiuolo, nel quale saranno rimasti i sali, di cui non s'è potuta liberare l'albumina nella sua precipitazione, sali il cui peso si detrarrà da quello dell'albumina (computando anche nel calcolo la minima differenza nota dovuta alle ceneri del filtro) ottenuto colla prima pesata Avremo così il peso esatto dell'albumina contenuta nel filtro A): si conoscerà perciò la quantità d'albumina contenuta nel filtro B).

Allora, si scioglierà l'albumina del filtro B), che si avrà avuto cura di mantenere umida ponendo l'imbuto sotto una campana di vetro, con soluzione di soda caustica al 3 %, versando la soda direttamente sul filtro e aiutando la dissoluzione con una bacchettina di vetro, che si laverà accuratamente colla stessa soda, della quale se ne aggiungerà tanta da ottenere una soluzione d'alcali-albuminato di concentrazione un po' superiore all'1 per mille. Ammettiamo, ad es., che il contenuto sul filtro, per diluirlo in modo da avere una soluzione all'1 per mille, sia da portarsi ad un volume di 235 cmc.

(1) AUTENRIETH. Münch. med. Woch., 1915, pag. 1417, 1917, pag. 241.

Occorre, allora, arrestarsi nell'aggiunger soda, quando il volume ha raggiunto, ad es., 200 cc.

Si aggiunge, ora, il solfato di rame all'1 %, nella quantità di 2 gocce per ogni cmc. della quantità *definitiva* della soluzione d'albumina; se ne aggiungeranno, quindi, nel nostro esempio, 470 gocce (24 gocce=1 cmc.). Resta, ora, da portare a volume, cioè nel caso portato ad esempio, a 235 cc., il liquido, sempre colla stessa soluzione di soda.

Otteniamo, in questo modo, una soluzione madre, che presenta la colorazione del biurete, contenente albumina nella proporzione dell'1 per mille e di tale soluzione va riempito il prisma del colorimetro.

2) Si prende una certa quantità di urina albuminoidea — per es. 500-600 cc. — e la si dealbuminizza coll'ebollizione in ambiente leggermente acido, senza preoccuparsi se la precipitazione dell'albumina avvenga completamente o no; si filtra, si lava *nel modo più accurato* il precipitato sul filtro con acqua distillata caldissima, agitando con bacchetta di vetro e spappolando il contenuto del filtro nell'acqua stessa man mano la si aggiunge. Il filtrato non deve più dare, alla fine del lavaggio, la reazione dei cloruri col nitrato d'argento. In seguito, si lava con alcool assoluto e quindi con etere. Poi si porta il filtro in stufa a secco riscaldata a 100° e vi si lascia per un'ora almeno. Si toglie allora l'albumina dal filtro, la si polverizza in mortaio, la si mette in un pesafiltri e la si ripone in stufa a 100° per un'altra mezz'ora. Chiuso il pesafiltri col suo coperchio, lo si lascia raffreddare in essiccatore. Poi, usufruendo di un altro pesafiltri seccato in stufa e già pesato, si misura un'aliquota di albumina, per es. gr. 0,200, alla bilancia di precisione. Pesare rapidamente, ricordandosi di chiudere gli essiccatori, man mano si fanno le prove di peso, col loro coperchio, per impedire l'assorbimento di acqua dall'esterno.

L'albumina pesata la si pone in un becher e vi si aggiungono circa 100 cc. di soda 3 % e la si lascia riposare sino all'indomani. Allora una piccola parte se ne sarà disciolta, il resto si sarà rigonfiato. Riscaldando e agitando, con pazienza, si porterà tutta l'albumina in soluzione, per la trasformazione in albuminato alcalino. Si filtra in pallone tarato da 200 cc., si lava accuratamente il filtro con soda al 3 %, poi s'aggiunge il solfato di rame a gocce come col metodo precedente, cioè nella quantità di due gocce per ogni cmc della soluzione definitiva: nel caso nostro, quindi, s'aggiungeranno 400 gocce, portando in seguito a volume (200 cc.) con soda al 3 %.

Anche con questo procedimento si otterrà una soluzione madre all'1 ‰. Questa bisognerà lasciarla riposare alcune ore, poi filtrarla. Se ne riempirà in seguito il prisma del colorimetro e la vaschetta di questo e si procederà alla lettura. Il punto in cui, spostando il prisma, il colore del liquido della vaschetta sarà uguale a quello del prisma ci rappresenterà il valore colorimetrico di una soluzione di albumina all'1 ‰. Col nostro apparecchio tale punto corrisponde al segno 8 della scala. Per avere i valori colorimetrici di soluzioni d'albumina decrescenti (0,90-0,80.... 0,10), abbiamo diluito la soluzione madre con parti proporzionali di soda al 3 %, aggiungendo sempre soluzione di solfato di rame in modo che la sua proporzione rimanesse la stessa e abbiamo riscontrato che ad ogni contenuto in meno di 0,10 d'albumina nella soluzione corrisponde un elevarsi dei gradi della scala di 7. Quindi:

Contenuto in albumina ‰	Gradi della scala
Gr. 1	8
» 0,90	15
» 0,80	22
» 0,70	29
» 0,60	36
» 0,50	43
» 0,40	50
» 0,30	57
» 0,20	64
» 0,10	71

Quindi, con grande approssimazione si può dire che ad ogni milligrammo e mezzo di albumina corrisponde un grado della scala, ciò che dà modo di determinare anche i valori intermedi. In pratica, tenuto conto anche dei piccoli errori di apprezzamento del colore comuni a tutte le ricerche colorimetriche e dipendenti anche dalla particolare sensibilità retinica ai colori, variabile per ogni individuo, ci limitiamo nella ricerca a determinare l'albumina con un'approssimazione di 5 mmgr., che equivalgono ad uno spostamento del prisma di 3-4 gradi.

La ricerca dell'albumina si può eseguire sul liquor *in toto*, senza precipitazione preventiva dell'albumina — a differenza di quanto è indicato per le urine —, giacchè comunemente nel liquor non sono contenuti albumose e peptoni (Mestrezat), che, dando per conto loro la reazione del biurete, potrebbero falsare la determinazione quantitativa dell'albumina.

Il modo di operare è il seguente.

A 5 cc. di liquor s'aggiungono 12 goccie di solfato di rame all'1 %, poi si porta a 6 cc. con soluzione di soda al 33 % (praticamente ciò equivale ad aggiungere al liquor mezzo cmc, di soda al 33 % e un altro mezzo cmc. di solfato di rame); si agita bene la provetta per due minuti, quindi la si lascia a riposo sino a quando si è depositato al fondo il lieve precipitato formatosi, oppure si filtra il liquido su di un piccolo filtro asciutto, trascurando di raccogliere le prime gocce. In ambedue i casi il liquido *perfettamente trasparente* si versa nella vaschetta del colorimetro e si procede alla lettura Il valore d'albumina ottenuto per mille va moltiplicato per 6/5 e di ciò s'intuisce facilmente la ragione. Infatti, i 5 cc. originali di liquor vengono, coll'aggiunta di un cmc., fra soda e soluz. di solfato di rame, portati a 6 cc.; quindi la cifra finale va moltiplicata appunto per 6/5 per ottenere il giusto valore di albumina.

Nel caso che la tinta del liquor trattato sia più intensa di quella del prisma di paragone, perchè l'albumina contenutavi supera l'1 ‰, si diluirà il saggio colorato sino a portarlo a un tasso d'albumina titolabile, aggiungendo soda al 3 % (non al 33 %!) e tante gocce di soluzione di solfato di rame da mantenere sempre la stessa concentrazione di esso. Ad es., se si diluisce al doppio, cioè da 6 a 12 cc., bisognerà aggiungere altre 12 gocce di solfato di rame (= mezzo cmc.), portando poi a volume con soda al 3 % (= 5,5 cc.). Naturalmente la diluizione del liquor si può fare addirittura subito dopo la sua estrazione, quando già si abbia il sospetto che il suo contenuto in albumina superi l'1 ‰.

Era necessario controllare il metodo nel modo più rigoroso possibile e perciò abbiamo usato, in casi in cui era possibile avere una forte quantità di liquor, il metodo della pesata parallelamente a quello colorimetrico. Particolarmente si prestarono due casi di meningite tubercolare, nei quali furono possibili punzioni ripetute. Citiamo, ad es., i valori ottenuti coi due metodi in uno di essi. Gravimetricamente, si ottenne un contenuto in albumina del 3,548 per mille; col metodo colorimetrico, un valore del *3,58* ‰ facendo parecchie determinazioni e prendendone la media. L'approssimazione è quindi assai grande: il metodo colorimetrico ci pare adunque esatto e adottabile, avendo il vantaggio, una volta campionato il prisma, di essere assai rapido e semplice.

SUNTI E RASSEGNE.

SIFILOGRAFIA.

Diagnosi e cura della sifilide del sistema nervoso.

(F. W. MOTT *The Lancet*, 6 gennaio 1923).

La sifilide del sistema nervoso assume due forme, interstiziale e parenchimatosa. La prima sembra determinata dalla varietà dermatropica, la seconda dalla varietà neurotropica della spirochete.

Le due forme di sifilide nervosa, a parte le profonde differenze sintomatologiche, si distinguono per la data della loro comparsa e per la loro resistenza agli agenti terapeutici.

La sifilide interstiziale si manifesta di solito precocemente, è più una manifestazione secondaria che terziaria, e cede generalmente al trattamento specifico; la forma parenchimatosa invece si presenta a distanza di parecchi anni dal contagio e fino ad ora si è dimostrata ribelle ad ogni specie di cura.

Nelle forme parenchimatose (tabe e paralisi progressiva) i germi specifici raggiungono per la via del sangue i centri nervosi, per i quali hanno una peculiare attrazione; qui possono rimanere inattivi per un lungo periodo di anni e poi ripullulare e provocare lesioni che determinano la caratteristica sintomatologia. Durante il periodo di latenza la loro presenza nel parenchima nervoso è segnalata solo dalla persistenza della reazione positiva di Wassermann nel liquor malgrado le più intense cure. E tutto fa ritenere che quando la reazione di Wassermann si mantiene positiva dopo un trattamento prolungato, successivamente si svilupperà tabe o paralisi. Questo fatto si può spiegare ammettendo che il virus non si trovi più nel sistema linfatico generale, ma nel sistema chiuso del liquido cefalo-rachidiano, dove non può essere raggiunto dai medicamenti specifici, perchè questi non riescono ad attraversare il plesso coroideo. Analogamente si spiega che nella malattia del sonno i medicamenti riescono inefficaci, quando il *Trypanosom gambiense* si trova nel liquor.

La forma interstiziale invece è suscettibile di cura perchè in genere i germi si trovano nel sistema linfatico generale.

Le forme di sifilide del sistema nervoso sono varie e di regola coinvolgono simultaneamente il cervello ed il midollo spinale e si parla di sifilide cerebrale o spinale solo in rapporto alla prevalenza dei sintomi.

La sifilide può produrre processi endoarteritici ma non tali da provocare trombosi dei vasi con i conseguenti fenomeni motori e sensitivi. I sintomi premonitori sono: cefalea, perdita di coscienza ed altri disturbi che simulano quelli neurastenici. L'endoarterite però può accompagnarsi a fatti meningei, donde paralisi dei nervi cranici e specie dei muscoli oculari, dei nervi, del chiasma e delle bandelette ottiche, con conseguenti gravi disturbi oculari e perfino cecità. La cefalea peggiora di notte e la sua persistenza con la mancanza di ogni piressia deve far pensare alla sifilide.

Nei casi gravi possono aversi gomme che si manifestano con sintomi di neoplasma, accompagnati da fatti meningei e vascolari. Il sifiloma solitario si estrinseca con tutti i fenomeni di ipertensione intracranica. Ed è interessante il fatto che esso spesso resiste ad ogni trattamento antisifilitico sia perchè nel sistema nervoso centrale i farmaci non sono assorbiti con facilità, sia perchè la gomma è circondata da una densa capsula fibrosa.

La meningomielite sifilitica è la più frequente causa di paraplegia negli adulti e nei giovani. I primi sintomi: sono dolori radicolari e disestesie della cute corrispondente alle radici colpite. Le sezioni anatomo-patologiche dimostrano che la reazione infiammatoria segue il corso dei vasi sanguigni e linfatici, e solo successivamente, quando il trattamento non è intrapreso a tempo, si determina la mielite trasversa.

Ogni qual volta c'è sospetto di sifilide, anche quando questa manchi nell'anamnesi, conviene procedere alla R. W. del sangue. Se questa è negativa si può escludere la lues, ma se è positiva non si può ammetterla senz'altro.

L'esame del liquor toglie ogni dubbio. La R. W. positiva, una marcata reazione proteica, ed un gran numero di linfociti depongono per una sifilide attiva del sistema nervoso. Le cellule e la proteina possono scomparire, ed in rari casi anche la R. W., quantunque spesso la R. W. persiste anche quando tutti i sintomi clinici sono scomparsi; così che il reperto citologico e chimico può essere un utile mezzo per determinare la efficacia del trattamento.

Nella paralisi progressiva i detti tre reperti rimangono persistenti ed è presente anche la reazione all'oro colloidale, che sembra un mezzo per distinguere la paralisi generale dalle forme interstiziali della sifilide nervosa.

In un considerevole numero di casi di tabe la R. W. del liquor è negativa, il che dimostrerebbe che la tossina non la spirochete ha raggiunto il territorio chiuso del sistema nervoso centrale.

Il trattamento della sifilide nervosa non può essere schematico. Esso dipende dall'età, dallo stato generale, dal sesso, dal peso del paziente, nonchè dalla natura e dalla intensità dei sintomi e dalle precedenti cure in rapporto alla sifilide stessa o ad altre malattie.

Il moderno trattamento a mezzo di salvarsan richiede un prudente esame clinico. Più vecchio è il soggetto e più si deve essere attenti nella dose, nel metodo, nella frequenza della somministrazione. Le malattie dei polmoni, del cuore e specialmente dei reni devono essere prese in speciale considerazione. Le urine devono essere esaminate in ogni caso, e per lo meno due volte la settimana durante la cura. La presenza di albumina prima dell'inizio della cura e la successiva comparsa di cilindri granulosi costituiscono un segno di pericolo che deve sconsigliare, rispettivamente far sospendere la somministrazione di arsenobenboli. Comunque occorre tener presente che nell'albuminuria sifilitica piccole dosi di neosalvarsan sono meno dannose delle iniezioni di preparati mercuriali.

La scelta del trattamento deve essere subordinata alla discriminazione fra un processo infiammatorio attivo dovuto alla pullulazione di spirochete con la produzione di gomme localizzate o di meningiti gommose diffuse, ed un rammollimento necrotico dovuto alla trombosi di vasi da pregressa endoarterite senza segni di sviluppo attivo di microrganismi specifici.

Nel primo caso avanti la introduzione in terapia degli arsenobenzoli, si ottenevano notevoli successi dal sollecito ed energico trattamento mercuriale per iniezioni o frizioni. E ancora oggi non deve essere dimenticato che il mercurio è prezioso medicamento antisifilitico. Ed ancora oggi, quando le circostanze lo consigliano, si può ricorrere con fiducia alle frizioni di pomata napoletana, alle iniezioni di sali mercuriali, ed agli ioduri.

Il moderno trattamento intensivo della sifilide del sistema nervoso è il seguente: la cura si inizia con una iniezione intramuscolare o endovenosa di 15-30 cgr. di neosalvarsan, se non si manifestano segni di intolleranza si ripete la dose dopo pochi giorni, e sempre in assenza di intolleranza dopo una settimana si iniettano 60-90 cgr. ripetendo poi per sei o sette settimane. La dose settimanale può essere regolata a seconda dello stato del paziente e dei fenomeni reattivi.

Plaut consiglia di far precedere una cura di dieci giorni di frizioni, e di cinque iniezioni di calomelano con tre giorni di intervallo. Esa-

minando le urine si ha così modo di saggiare le condizioni renali del soggetto prima di sottoporlo al trattamento arsenobenzolico.

Alcuni autori si contentano del solo arsenobenzolo, altri suggeriscono iniezioni intramuscolari settimanali di cmc. 0.03-0.05 di olio grigio o latte di calomelano oppure una serie di frizioni con pomata mercuriale. Talora può essere dato il mercurio sotto forma di pillole di Hutchinson (60 mmgr. di polvere grigia e 60 mmgr. di ipecacuana) tre volte al giorno. Si aggiunge infine la cura iodica sotto forma di ioduro di potassio alla dose di mezzo od un grammo tre volte al giorno.

Gli accidenti gravi dovuti alla somministrazione di arsenobenzoli sono di tre ordini: 1) idiosincrasia, ossia suscettibilità individuale all'arsenico; i sintomi possono verificarsi subito o qualche ora dopo la iniezione endovenosa e consistono in angoscia, malessere generale, disturbi vasomotori specie alla faccia; talora si ha anche la crisi nitroide ossia tremore generale, nausea ed ipertermia. 2) Neuro recidiva o reazione di Herxheimer, la quale sarebbe scongiurata dal preventivo trattamento mercuriale. 3) Anafilassi, che è la più grave; può comparire dopo la prima ed anche dopo la terza iniezione settimanale, e si manifesta con convulsioni, edema pulmonare e coma.

L'autore, seguendo le direttive date da Sicard al Congresso Internazionale neurologico del 1920, ha adoperato con successo iniezioni intramuscolari di piccole dosi di novarsenobenzolo in soluzione acquosa di glucosio.

La intossicazione arsenicale lenta si presenta con i seguenti segni: 1) esantema eritematoso; 2) scomparsa del riflesso achilleo; 3) itterizia.

Le iniezioni intrarachidee di soluzioni ipotoniche di neosalvarsan o di siero salvarsanizzato suggerite da Swift e Ellis, Marinesco, Fisher e Robertson, non hanno dato risultati superiori a quelli ottenuti con le iniezioni endovenose o intramuscolari. Nè serii vantaggi hanno dato le iniezioni intracraniche nella paralisi generale.

Non sappiamo ancora se il trattamento arsenobenzolico riduce il numero dei casi di tabe e di paralisi progressiva. Alcuni ritengono che esso nella prevenzione delle manifestazioni nervose tardive non possiede un'efficacia maggiore del trattamento sistematico della sifilide con frizioni di unguento mercuriale, con iniezioni di sali mercuriali combinate con la somministrazione orale di ioduro di potassio.

Dr.

Sulla classificazione della neurosifilide.

(L. CORNWALL. *N. Y. State Journ. of med.*, luglio 1922).

In luogo della consueta classificazione regionale, l'A. propone una classificazione istogenetica. Perciò distingue nella neurosifilide le seguenti forme:

1° Mesodermica: *a*) meningea; *b*) vascolare: *α*) dei grandi vasi, *β*) dei piccoli vasi; *c*) meningo-vascolare.

2° Ectodermica: parenchimatosa (comprende cellule e fibre nervose, e quindi anche i nervi periferici e i gangli, nonchè cellule e fibre della nevroglia).

3° Forme miste: *a*) meningo-parenchimatosa; *b*) vasculo-parenchimatosa; *c*) meningo-vasculo-parenchimatosa.

Una classificazione molto simile è quella già proposta da Southard e Salomon. S'intende che nelle forme meningee sono presi più o meno anche i vasi relativi: esistono tuttavia sindromi essenzialmente vascolari, come la emorragia, la trombosi, l'ischemia transitoria da angiospasmo. La neurosifilide ectodermica comprende essenzialmente la paralisi generale, la tabes, la taboparalisi: le forme miste sono quelle iniziate nelle meningi e nei vasi e diffuse poi al parenchima.

Anatomopatologicamente si tratta, come è noto, di infiammazione in largo senso, essudativa, iperplastica, o degenerativa, acuta, subacuta, o cronica.

Benchè quasi mai le lesioni siano limitate ad un solo tessuto, non è generalmente difficile scoprire, anche clinicamente, quello che è sede dei fatti patologici primitivi, o più importanti. Le meningi sono generalmente invase per prime, e rappresentano la prima linea di resistenza. Poi sono presi i vasi, e da ultimo il parenchima nervoso, che, in vista della sua alta specializzazione, si difende poco, e sopratutto per mezzo della nevroglia. La nevroglia ha un'azione neurofaga sui prodotti di degenerazione, che essa poi sostituisce. La nevroglia prolifera solo per riparare lesioni distruttive, o per formare neoplasmi. La sede delle lesioni dipenderebbe dalla previa sensibilizzazione del tessuto, secondo Head e Jearnsides.

Dal punto di vista clinico l'A. distingue:

1° Sindromi complesse; paralisi generale; tabe dorsale; taboparalisi.

2° Psiconeurosi luetiche.

3° Manifestazioni a tipo cerebrale: meningite; encefalite; meningoencefalite; polioencefalite (con paralisi dei nervi cranici); paralisi e paresi; epilessia; psicosi.

4° Manifestazioni a tipo spinale: radicolite; meningite; mielite; meningomielite; poliomielite; paralisi e paresi.

5° Manifestazioni a tipo diffuso (cerebrospinale).

I dati degli esami clinici e di laboratorio devono essere considerati complessivamente per giungere ad un'esatta diagnosi.

Un aumento della pressione del liquor (più di 4-7 mm. di mercurio, a malato seduto) depone per un aumento dell'attività secretoria dei plessi coroidei, o una diminuzione di assorbimento da parte dei capillari e dei villi dell'aracnoide. Però non è ben noto se i plessi coroidei soltanto contribuiscano alla produzione del liquor, ovvero anche altre strutture.

È noto il significato delle alterazioni del colon e della trasparenza del liquor (sepsi, emorragie, compressioni). Di grande importanza è la linfocitosi: ma non serve a differenziare in modo assoluto la neurosifilide dalla poliomielite, dalla tubercolosi, dall'encefalite epidemica. Con le camere adatte è normale un reperto di 0.5 cellule per mmc., sopra 10 vi è pleocitosi indubbia. Con le solite camere pel sangue è normale un reperto di 0-10 cellule per mmc. Una pleocitosi notevole è indice di lesione meningea; diminuisce sensibilmente se il processo si cronicizza.

Un aumento delle globuline indica soltanto una lesione organica del sistema nervoso centrale; la sua persistenza parla in favore di lesioni parenchimatose. Lesioni puramente vascolari fanno aumentare poco o nulla le globuline. Le reazioni di Wassermann e di Vernes stabiliscono la diagnosi etiologica: prima di concludere per la loro negatività occorre impiegare 2 cc. di liquor per la R. W. e 1.6 cc. per la R. di Vernes.

Tuttavia bisogna aver presente che una R. W. positiva non indica direttamente la natura di una data affezione: potrebbe ad es. trattarsi di un tumore cerebrale in un luetico.

Anche la sindrome neurologica di per sè può essere di natura mista, e un tumore cerebrale può produrre l'atrofia ottica in un caso di neurosifilide spinale di tipo tabetico.

Nella reazione dell'oro colloidale non bisogna intendere in senso assoluto le cosiddette curve paretica, luetica, e meningitica. Riguardo alla terapia l'A. ritiene altrettanto esagerato il rinunziare ai rimedi specifici, perchè in molti casi non giovano, come il ricorrere sistematicamente alla via endorachidea. È favorevole a questa via di somministrazione, specialmente quando gli altri metodi hanno fallito: riferisce di averne avuto buoni risultati.

DORIA.

Sulla bismutoterapia della neurolue.

(M. ARTOM. *Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie*, Bd. LV, 1923, pagg. 111-133).

Dopo una esposizione dei risultati ottenuti dai precedenti sperimentatori che studiarono l'azione dei preparati bismutici nella terapia della sifilide nervosa, notando come manchino nella letteratura studi sistematici circa le modificazioni ottenute nelle varie reazioni del liquido cefalo-rachidiano di questi malati, l'A. riferisce i risultati ottenuti in 18 pazienti nei quali ha potuto studiare le eventuali modificazioni del liquor seguendo la tecnica seguente:

Prima dell'inizio della cura ha praticato sul siero sanguigno la Wassermann e sul liquido cefalo-rachidiano i seguenti esami: Wassermann con diversi antigeni, dosaggio della albumina in tubo di Nissl, esame citologico in cellule di Nageotte e di Fuchs-Rosenthal, reazione di Noguchi, di Nonne, reazione di Pandy, reazione di Lange e reazione del benzoino colloidale.

Iniziata poi la cura con preparati bismutici in sospensione oleosa, la protrasse in media per circa tre mesi, regolandola in modo che i diversi preparati usati, venissero introdotti in tutti i malati in dosi equivalenti per efficacia terapeutica.

Dopo tale periodo di cura intensiva l'A. ha ripetuto le varie ricerche fatte prima nel sangue e nel liquor, onde stabilire quali modificazioni si fossero prodotte nei risultati di esse.

Dall'esposizione dei casi clinici l'A. trae le seguenti deduzioni:

Nella sifilide secondaria (due casi) la terapia bismutica ha prodotto benefici effetti dimostrati dalla negativizzazione della WR. del siero e dalla forte attenuazione della WR. del liquor, furono resi normali i reperti del numero dei linfociti, rese negative le reazioni a carico dell'albumina, delle globuline, la reazione di Lange; la reazione del benzoino colloidale in un caso fu resa negativa, nell'altro permase subpositiva.

Nella sifilide terziaria la cura attenuò notevolmente la WR. del sangue, mentre agì assai limitatamente su quella del liquor, si ebbe poi diminuzione notevole della linfocitosi, albuminosi, attenuazione notevolissima delle reazioni a carico delle globuline, della Lange e delle reazioni del benzoino colloidale.

Nella sifilide ereditaria nervosa (due casi) la WR.-sangue fu influenzata in modo evidente, mentre nel liquor si ebbe di rimarchevole solo la diminuzione del numero dei linfociti e della quantità d'albumina ed una riduzione della curva della Lange.

Nella tabe dorsale (7 casi) la WR.-sangue fu in qualche caso favorevolmente influenzata, mentre quella del liquor non fu modificata; di poca importanza la diminuzione della linfocitosi e dell'albumina ottenuta; in due casi poi si ebbe peggioramento di qualche sintomo umorale.

Nella paralisi progressiva (4 casi) non si ebbe dalla cura alcun benefico effetto sulle reazioni del liquor. In un caso di meningite sifilitica frusta con atrofia del nervo ottico, ed in un caso di paralisi di Erb non corrispose al miglioramento di tutti i sintomi soggettivi un'attenuazione apprezzabile della sintomatologia umorale.

L'A. fa poi un parallelo tra l'azione esplicata sulle reazioni del liquido cefalo-rachidiano dal bismuto con quella ottenuta dai diversi AA. che usarono altri metodi di terapia e specialmente gli arseno-benzoli e conclude affermando che nella sifilide nervosa il bismuto è senza dubbio un preparato specifico che trova la sua indicazione particolare nelle sintomatologie nervose delle forme secondarie, ereditarie, parasifilitiche precoci; che circa il valore terapeutico il bismuto di può collocare tra gli arseno-benzoli ed il mercurio; che infine, pur essendo ancora lontani dal concetto di coloro che vorrebbero considerarlo come il vero specifico della neuro-lues, il bismuto trova la sua vera indicazione nei pazienti arseno-resistenti od arseno-intolleranti e può inoltre essere considerato come un valido ausilio terapeutico specialmente se associato agli arseno-benzoli.

A. S.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Medicamenta. Cooperativa Farmaceutica, Milano. Volume in-16°, rilegato. Prezzo L. 60.

In veste elegante, con formato più ampio dei precedenti, stampata con caratteri nitidissimi è uscita da pochi giorni la 3ª edizione del volume «*Medicamenta*» notevolmente accresciuta e migliorata.

Due capitoli completamente nuovi vi figurano infatti aggiunti: uno sui *Materiali di medicazione asettica ed antisettica*, dove oltre la descrizione dei vari materiali di medicazione, vi sono i relativi saggi di controllo ed i metodi di sterilizzazione; l'altro sulla «*Dietetica e regimi alimentari*» nel quale dettagliatamente descritte si trovano l'alimentazione del lattante, del bambino, del ragazzo, dell'adolescente, dei vecchi; le cure di regime e l'alimentazione nelle varie manifestazioni morbose, ecc.

Pure di nuovo vi è l'Indice Terapeutico.

Altri capitoli sono stati ampliati e arricchiti di sotto capitoli interessantissimi, come quello sull'avvelenamento da funghi velenosi, la diagnosi e la cura dell'avvelenamento fungino.

Degno di nota è anche un breve capitolo dove sono esposte interessanti e copiose notizie sulle vitamine ed infine va segnalata l'aggiunta dei pesi molecolari dei prodotti chimici definiti ciò che riuscirà di molta utilità nei laboratori chimici.

Una terza edizione, a non molta distanza dalla 2ª, mostra la vitalità ed il successo di un libro che si legge volentieri e dove il medico non solo vi trova i principi scientifici che debbono guidarlo nella difficile arte del curare, ma anche quegli avvertimenti che gli debbono servire di guida nel praticare con discernimento e con prudenza i mezzi potenti, ma talvolta pericolosi, che sono affidati alle sue mani.

I molteplici pregi del volume serviranno quindi a conservargli la fama conquistata e fargli trovare sempre maggiore accoglienza.

A. POZZI.

BREUR und FREUD. *Studien über Hysterie.* — 4ª Edizione. — Editore Deuticke, Lipsia-Vienna.

È il lavoro fondamentale della psicanalisi, il punto di partenza della dottrina freudiana che tanto ha interessato ed interessa il mondo scientifico.

Il lavoro malgrado rimonti al 1895 conserva tutta la sua freschezza ed ha un'importanza notevole perchè rende conto della origine e dello sviluppo del sistema psicanalitico.

dr.

CHARLES RICHET. *Traité de Métapsychique.* Un vol. in-8°, di 843 pag. — F. Alcan ed. Parigi, 1923. — Prezzo Frs. 40.

È indubitato che in tutto il campo della metapsichica vi è qualche cosa che attrae inconsciamente per il suo mistero. Per affrontare questi problemi con spirito scientifico, occorre però foggiarsi una nuova mentalità. Ripugna a noi, in generale, di prendere in seria considerazione fenomeni, come quelli delle case in cui «ci si sente», che abbiamo sempre ritenuto come frutto della più sciocca superstizione. L'A., al pari di altri scienziati, ha superato questa prevenzione e ci dà questo ponderoso volume che ha soprattutto interesse documentario. In esso è raccolta la maggior quantità possibile di fatti raccolti con le massime garanzie, passati al vaglio della critica, suddividendoli poi in fatti di metapsichica subbiettiva (criptestesia, bacchetta divinatoria) ed obbiettiva (telecinesi, ectoplasmia, levitazioni, ecc.). L'A. dichiara esplicitamente di non emettere alcuna ipotesi per la spiegazione dei fatti ed è recisamente contrario alla teoria spiritica.

Il libro del prof. Richet ha incontrato il favore del pubblico, sicchè in pochi anni se ne è avuta la seconda edizione, rimaneggiata e con l'aggiunta di nuove esperienze.

fil.

A. STELLA. *Some aspects of italian immigration to the United States.* Un vol. di 124 pag. illustrato. Putnam'Sons New York 1924. — Prezzo Doll. 2,50.

Tutti conoscono le restrizioni e gli ostacoli che gli Stati Uniti hanno sempre frapposto alla immigrazione degli italiani e le recenti draconiane disposizioni in materia, dovute in massima parte a falsi preconcetti sulla qualità del nostro emigrante. Per sfatare questi pregiudizi e per mostrare le sane energie della nostra razza, che porta al di là dell'Oceano il contributo del proprio tenace lavoro, giunge in buon punto questo libro di un nostro connazionale, il dott. Antonio Stella, consulente all'Ospedale di Stato, Manattan, a New York. Si ingannerebbe però chi credesse trovare nel libro un'opera polemica; tutt'altro! Esso è una severa esposizione di verità decisive attinte da fonti indiscutibili, da cui balza ingigantita la figura del nostro emigrante. Questi per tal modo acquista una precisa coscienza del suo valore sociale, mentre si dimostra per gli americani la necessità di modificare certi nocivi convincimenti, formando su uomini e su cose più imparziali e sereni giudizi.

A. Z.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

II° Congresso della Società internazionale di Urologia.

(Roma, 24-26 aprile 1924).

A Roma è spettato l'onore di raccogliere per la 2ª volta i soci della nuova Società internazionale di Urologia, e si può dire senz'altro, senza timore di esser smentiti, che tutto l'andamento del Congresso sia stato degno dell'universale compiacimento e sia stato diretto da un'organizzazione perfetta. Tale lode spetta sopratutto al Comitato ordinatore, a capo del quale presiedevano il prof. R. Alessandri e il prof. A. L. Bonanome.

Nessuno dei cultori più noti delle specialità mancava: Marion, Legueu, Roving, Young, Beer, Wildbolz, Sir J. Thomson Walker, Hogge, Werhoogen, Bartrina, Keyes, Achard, Papin, Guisy, V. Brongersma, Furtado, Jurasch, Kukula, Beyer, Chetwood, Ambard, Heitz-Boyer, Janet, Oekonomos.

Degli italiani: Bruni, Bastianelli R., Calzavara, Cassini, Dominici, Donati, Ferria, Gardini, Giordano, Lasio, Leotta, Lilla, Margarucci, Muscatello, Nicolich, Panà, Perrucci, Pestalozza, Pisani, Ravasini, Pirondini, Tardo, Zoia e parecchi altri erano presenti.

Nel pomeriggio del 23, dopo la riunione del Comitato internazionale, fu offerto ai Congressisti un ricevimento dalla Società Italiana di Urologia.

Nella mattinata del 27 ebbe luogo l'inaugurazione del Congresso, in Campidoglio, nell'Aula Senatoria, ove alla presenza di S. M. il Re, del Rappresentante del Governo, del R. Commissario di Roma, del Rettore e di altri personaggi, oltre i consueti discorsi d'occasione, il prof. Alessandri in qualità di Presidente, con felicissime parole, porse il benvenuto ai Congressisti, augurandosi che l'Italia di oggi non rappresentasse solo un miraggio per il suo sole e la sua terra incantevole, ma anche un paese risplendente di luce intellettuale propria, talora non sufficientemente apprezzata, ma certo non inferiore a quella di nessun'altra Nazione. Con rapida sintesi e sottolineando con dati e nomi i punti più salienti, l'oratore rifece a grandi passi la storia della Urologia nella quale apparve la gran parte che spettasse all'Italia nel corso dei secoli.

Nel pomeriggio ebbe luogo la prima seduta in cui fu discusso il 1° tema posto all'ordine del giorno: «*Sui nervi del rene*» di cui erano relatori Ambard di Strasburgo e Zoja di Pavia.

Il primo concludeva che nei reni entrano dei nervi di origine differente che li riuniscono a tutto il resto dell'organismo. In questo modo si spiegano gli innumerevoli riflessi con punti di origine assai varii. Tra gli effetti che i nervi possono produrre nei reni, bisogna considerare come tra i più importanti: 1° un effetto trofico; 2° un effetto sulle costanti secretorie; 3° uno sulle soglie di eliminazione; 4° uno vasomotore.

Nessun esperimento è stato capace di metter in evidenza un'azione trofica nervosa. La sezione dei

nervi a livello del peduncolo non produce affatto degenerazione dell'organo, da cui si deduce che *nell'interno dell'organo stesso esistano centri autonomi.* Difatti sperimentalmente si è riusciti a far sopravvivere a lungo gli animali, con un solo rene o trapiantato, o impiantato ad es. nel peduncolo splenico. Così nessuna stimolazione dei nervi renali, nessuna sezione di essi produce modificazione sulle costanti secretorie, di modo che si può concludere che *i nervi non hanno alcuna azione sulle costanti secretorie.* Tuttavia conviene aggiungere che in rene trapiantato nessun esame funzionale è stato eseguito per dimostrare che la funzione del rene sia rimasta perfettamente integra. Infatti, i reni privati delle loro innervazioni esterne, mediante l'enervazione, mantengono le loro qualità funzionali e regolano le soglie di eliminazione come allo stato normale: invece reagiscono agli eccitamenti esterni in maniera differente dai reni normali. *Le soglie di eliminazione risentono dunque dell'alterata innervazione.*

Le ricerche di Camus e Roussy parrebbero aver distrutto la teoria del diabete insipido ipofisario e dimostrato invece l'esistenza di un diabete insipido da lesione della base del cervello, e propriamente della regione infundibulare, manifestantesi sia nei reni normali che in quelli enervati. Bisogna ammettere quindi una poliuria da alterato metabolismo basale che influirebbe per via umorale sulla secrezione renale. Il sistema nervoso ha quindi a questo riguardo una importanza indiscutibile. Prescindendo poi da alcune variazioni della pressione sanguigna, è stato accertato come conseguenza di stimoli periferici a carico dei vasi una vasodilatazione e una vasocostrizione. Il sistema nervoso può influenzare il calibro dei capillari. Sezionando i nervi di un peduncolo renale, rispettando quelli dell'altro, si consta che in assenza di uno stimolo anormale, le secrezioni di ambedue i reni sono ancora identiche. Sembra pertanto che il sistema nervoso extrarenale non influisce sulle soglie e sul diametro dei capillari se non in linea eccezionale e che nella vita ordinaria sono regolati da funzioni endorenali.

Tutt'oggi è impossibile dare una teoria completa sulla sensibilità del rene e del bacinetto. È certo che l'innervazione di questi organi sia di origine simpatica, e che i dolori osservati nei differenti punti della parete sono dolori riflessi sugli ultimi intercostali e le branche del plesso lombare.

La teoria attualmente annessa è che il simpatico sia capace perfettamente di trasmettere le sensazioni dolorose. Come ha detto Owen un individuo non deve esser mai cosciente d'avere i reni. La sola sensibilità permessa al simpatico è quella dolorosa.

Una applicazione clinica di interesse pratico è stata quella dell'enervazione in alcune affezioni dolorose del rene, come nella piccola idronefrosi dolorosa sia sviluppatasi a carico del bacinetto che dei calici, come nell'interno del rene, in alcune forme di nefrite dolorosa, e di rene mobile.

Malgrado non sia possibile dare un giudizio definitivo su questo intervento che può esser talora associato alla nefropessia (Legueu) stà di fatto che moltissimi infermi hanno grandemente beneficiato di tale operazione, e che la funzionalità del rene si sia dimostrata in seguito normale (Papin).

ZOJA (Pavia), dal canto suo, considerando come il rene che rappresenta 1/163 del peso del corpo, consuma 1/11 dell'O. richiesto dai bisogni dell'intero organismo, conclude come grandemente importanti debbano essere le modificazioni della circolazione del rene per la sua funzione.

Sebbene tutti gli osservatori abbiano riconosciuto la grande diffusione della rete venosa a carico dei vasi sanguigni, tuttavia l'accordo non è completo sull'azione del sistema nervoso sulla secrezione del rene.

Quindi considerando le terminazioni nervose come semplici terminazioni di senso, inteso genericamente, è più conveniente ammettere una modificazione delle attitudini chimico-fisiche e una diversità dei rapporti stabilitisi per alterazioni cellulari o per turbe circolatorie tra sangue e cellule renali. Vi è per il rene una innervazione vasomotoria ed una sensitiva, ma non se ne può ammettere una direttamente secretiva. La funzione renale è un rapporto con le condizioni strutturali ed umorali di tutto l'organismo: la regolazione della sua funzione è automatica ed essenzialmente chimico-fisico, indipendente da ogni azione diretta nervosa secretiva, grandemente modificabile per le condizioni vasomotorie dei singoli tratti vascolari. L'azione del sistema nervoso sulla secrezione renale si esplica appunto per mezzo dei vaso-motori, spesso per azioni riflesse.

Alla *discussione* parteciparono numerosi oratori tra i quali fu interessante udire i risultati brillanti dell'enervazione in alcuni casi di affezioni renali lievi, ma dolorosissime, e nei quali antecedentemente si ricorreva ad ogni sorta di operazioni. Oggi non bisogna esitare a praticare un intervento così mite e oramai ben regolato nei suoi particolari tecnici (Papin).

Nella stessa seduta Sir J. THOMSON WALKER (Londra), riferì i suoi lavori *sulla vesciculo e vesciculectomia transvescicale,* dimostrando come una infezione delle vescicole seminali può esser la causa d'una infezione orinaria persistente anche dopo la prostatectomia. In questi casi si deve praticare vesciculoto- o vesciculectomia transvescicale, intervento cui non bisogna esitare a ricorrere sia nelle affezioni maligne della prostata, nelle quali il processo si diffonde appunto lungo di esse, che nelle tubercolosi delle vescichette seminali. Il metodo transvescicale, è il più semplice e lasciando intatto lo sfintere esterno della vescica, evita la grave incontinenza d'urina. Secondo l'esperienza dell'O., i malati dopo la vesciculectomia rimangono sterili, ma non impotenti.

Alla discussione molti dissentirono da quanto l'O. aveva esposto. YOUNG preferisce il suo metodo perineale; ROVSING, si mostrò contrario alla vesciculectomia nella tubercolosi.

Sir J. THOMSON WALKER e S. F. BARRINGTON (Lon-

dra) descrissero un raro caso di *malacoplastica della vescica*.

Durante la mattinata di venerdì 25, i congressisti si intrattennero nella sala operatoria della Clinica chirurgica e dei padiglioni del Policlinico, ove era stato preparato un interessantissimo programma di chirurgia urinaria.

Nel pomeriggio fu iniziata la discussione sul 2° tema all'ordine del giorno: «*La vaccinoterapia nelle affezioni non gonococciche dell'apparato urinario*».

NOGUÈS (Parigi) sostenne di non poter, tutt'oggi, esprimere un giudizio definitivo sul valore della siero- e vaccinoterapia, perchè i fatti pubblicati pur essendo numerosi ed anche ben osservati differiscono assai tra loro, in modo che non è permesso alcun confronto. La sieroterapia è stata fin'oggi poco impiegata in Urologia, poichè non esiste un siero contro le infezioni più comuni, quale il siero anticolibacillare, la cui preparazione urta contro gravi difficoltà tecniche.

Una eccezione è rappresentata dal siero antigangrenoso di Vincent e Stoedel, il quale si è realmente dimostrato assai efficace nel flemmone diffuso peri-uretrale.

La vaccinoterapia gode di una eccessiva diffusione; è difficile dire quanti casi sarebbero guariti senza di essa. Tuttavia nelle infezioni da stafilococchi e sopratutto negli ascessi perinefritici ematogeni la vaccinoterapia si è dimostrata veramente efficace. Nelle infezioni da coli l'effetto dipende molto dalla forma clinica che prende l'infezione: nella batteriuria pura, sono, ad esempio, meno incoraggianti che nella batteriuria associata alla piuria. Infine tra le vie aperte al progresso non va dimenticata la chemioterapia, la quale agendo direttamente contro i germi senza ledere i tessuti rappresenta tra tutti il metodo ideale.

DUDGEON (Londra) ha ricordato, come in base sopratutto alle sue esperienze, il coli sia l'agente cui più spesso si debbono le affezioni del sistema urinario. Negli uomini si rinviene per lo più il gruppo emolitico del coli, nelle donne quello nonemolitico; in quest'ultimo si può riscontrare l'emolitico nelle affezioni acute. La esperienza a questo riguardo in base sopratutto alla formazione di agglutinine, ha dimostrato che è necessario adoperare degli autovaccini.

La vaccinoterapia si è dimostrata del resto inutile nei casi di batteriúrie, efficace quando si riesca a colpire le infezioni nei primi attacchi. Giovano dosi da 25 milioni fino a 2 miliardi, somministrate mediante iniezioni praticate a distanza di una settimana una dall'altra. Nei casi cronici, rara è la guarigione: talora si ottiene un miglioramento dei sintomi, specialmente aumentando rapidamente le dosi del vaccino. Quando la vaccinoterapia provoca un aggravamento dei sintomi esiste con grande probabilità un altro focolaio infiammatorio e bisogna escludere l'esistenza di una nefrite settica unilaterale, poichè in quest'ultimo caso la vaccinoterapia si dimostra inutile se non dannosa.

Tale terapia ha un'efficacia dubbia anche sulle infezioni da proteus, assai più sensibile su quelle da strepto- e stafilococco, purchè in cultura pura e nella forma di piuria soltanto. La somministrazione di dosi massive di vaccini non tossici, o di estratti batterici non si è dimostrata praticamente utile.

ROVSING (Copenhagen) in base alla sua esperienza dimostrò come l'azione della vaccinoterapia si sia mostrata efficace nell'85 % dei casi scelti opportunamente, escludendo cioè quelli in cui non fu potuta togliere la causa infettiva (calcolosi non operata), sia nelle manifestazioni generali (miglioramento dello stato dell'individuo, scomparsa o diminuzione delle crisi febbrili), che locali (scomparsa dell'albuminuria, spesso della piuria).

La batteriuria invece persiste nel 62 % dei casi.

Il 15 % dei malati si mostra refrattario alla vaccinoterapia.

Dei risultati a distanza è notevole il fatto che la guarigione sembra persistere, in generale, in tutti quei pazienti dimessi guariti, mentre gli altri in cui aveva fallito la terapia vaccinica, era quasi tutti morti.

Benchè manchino dati che permettano un giudizio concreto, tuttavia Rovsing crede di poter consigliare anche l'uso del vaccino a scopo profilattico prima dell'operazione.

Anche PIRONDINI (Roma), affermò che l'efficacia dell'immuniterapia è tanto più probabile e maggiore quanto più l'inizio dell'infezione è recente e le condizioni generali sono buone. D'altra parte siccome nelle grandi setticemie urinarie, il valore dell'immuniterapia è ancor oggi assai discussso e molte infezioni lievi guariscono anche senza il concorso di tale terapia, riesce difficile pronunciare un giudizio definitivo in merito alla questione giudizio reso ancor più complesso dal fatto che alla vaccinoterapia si sono aggiunte di solito le cure locali, che molti casi non sono stati sufficientemente studiati, e dall'ampliarsi e dal modificarsi sempre crescente dell'immuniterapia (vaccini atossici, aspecifici, proteinoterapia aspecifica).

Un punto capitale nell'immuniterapia consiste nella ricerca di focolai extra-urinari capaci di produrre la recidiva della batteriuria e della infezione: meritano speciale attenzione la cute, i denti, le tonsille, l'appendice, il colon, gli annessi. In tali casi può riuscire utile anche un'altra contemporanea immuniterapia con vaccini ottenuti direttamente dai germi di tali focolai primari.

Comunque è fuori discussione l'importanza dell'immuniterapia nelle forme da coli nelle infezioni urinarie infantili e nelle pielonefriti gravidiche.

***

In genere anche gli oratori (LEGUEU, REISECH, GARGOUR), piuttosto numerosi che presero parte alla discussione convennero su queste vedute, e cioè che la vaccinoterapia può in alcune forme rendere dei grandi servigi, a patto di intraprendere subito la cura, di associarle al trattamento locale. Qualcuno OEKONOMOS (Lilla), si è dichiarato in favore della proteinoterapia.

LASIO invece se ne dimostrò piuttosto scettico.

Insomma la vaccinoterapia ha bisogno di ulteriori perfezionamenti e di ulteriori prove, sebbene i risultati vengano interpretati favorevolmente dai più.

* * *

Nel terzo ed ultimo giorno del Congresso, 26 aprile, i relatori si intrattennero sul 3° tema posto all'ordine del giorno: *«Sui risultati lontani delle operazioni contro la litiasi renale»*.

Cifuentes (Madrid), affermò che non è possibile generalizzare le conclusioni su tali interventi, ma occorre considerare variamente le singole operazioni, lo stato del rene malato e di quello sano.

Da considerarsi in ispecial modo per i risultati lontani, sono anche alcuni incidenti quali l'emorragia e l'infarto, i quali si presentano il più spesso dopo la nefrotomia, sia per il carattere di terminalità delle arterie renali che per la produzione di tanti piccoli infarti nella linea di incisione e nei punti di sutura. Tali evenienze sono assai più rare sia nella pielotomia, in cui vanno riportate a iesioni di arterie anomale, che nel drenaggio dopo la nefrotomia, e son cagionate per lo più da decubiti del tubo. In tutti i casi possono prodursi delle fistole dovute o all'infezione o ad interventi incompleti.

Dopo l'operazione la funzione del rene può migliorare notevolmente quando si tratti di casi asettici. Se persiste l'infezione o sussegue *la trasformazione fibrosa*, la funzione non può migliorare di molto.

La nefrectomia, nei casi molto infetti, e quando è possibile, ha una grande superiorità sugli altri metodi.

Dopo la pielotomia le recidive sono rare specie nei casi asettici.

La comparsa di calcoli nell'altro rene dopo un intervento in uno di essi si presenta nella proporzione del 3-4 %. Grave è la calcolosi nel rene unico superstite. La sopravvivenza è lunga dopo le operazioni di litiasi unilaterale. La mortalità operatoria dopo la pielotomia nei casi asettici è del 1.85 %, del 6.24 in quelli settici. La nefrectomia nella litiasi da una mortalità dell'8 %. La nefrotomia e la nefrostomia una variabile, fino a oltre il 20 %, in media dell'8.31 nei casi asettici, e 13.78 in quelli infetti.

Naturalmente non si può essere esclusivisti nella scelta degli interventi, ma eclettici, scegliendo caso per caso.

G. V. Tardo (Palermo) in base alle numerose statistiche di Autori Italiani concluse per la benignità degli interventi nelle calcolosi renali asettiche unilaterali.

La pielotomia in questi casi è l'operazione di scelta, rimanendo la nefrectomia un intervento eccezionale, e limitando la nefrotomia ai casi in cui sia controindicata la pielotomia. Nelle calcolosi infette unilaterali la nefrotomia rappresenta un intervento grave, per l'alta mortalità, la frequenza delle emorragie, la generalizzazione dell'infezione, la formazione di fistole, la recidiva, e tutto ciò senza liberare l'organismo dal suo focolaio infetto. Rimane la pielotomia, da preferirsi sempre che sia possibile, e la nefrectomia, con la quale se asporta un focolaio settico, depaupera l'organismo di un parenchima che un giorno può riuscire utile. Grande valore spettano anche alle cure post-operatorie igieniche, dietetiche, medicamentose.

Nelle calcolosi bilaterali, i risultati lontani sono mediocri: il parenchima renale va quindi più che mai rispettato; sempre da preferirsi rimane la pielotomia: il rene nefrotomizzato fistoloso va conservato. Rigorose debbono essere le cure post-operatorie. Nelle calcolosi bilaterali recidivanti la nefrostomia permanente è un intervento assai utile.

Nelle statistiche di v. Brongersma (Amsterdam - 3° Relatore), di 244 casi (10.6 % di mortalità) la massima parte dei casi erano compresi tra i 30 e 50 anni. Esiste una lieve prevalenza negli uomini, senza differenza netta tra rene destro e sinistro. 36 volte la calcolosi era bilaterale. Una sol volta il calcolo era d'urati, quasi sempre si trattava di calcoli *di ossalati e fosfatici;* quest'ultimi si possono formare anche *senza* infezione. In Olanda quindi l'ossaluria è di gran lungo più frequente dell'uraturia. Rispetto ai risultati lontani non esiste una gran differenza tra pielo e nefrotomia: ben diversamente sono da considerarsi questi due interventi rispetto ai risultati immediati, ove il confronto torna tutto a favore della pielotomia.

In molti casi di calcolosi infetta, assai migliori delle operazioni conservative, furono i risultati della nefrectomia primaria, intervento subordinato alla frequenza della bilateralità della calcolosi. Ora seguendo le norme della clinica, i risultati di v. Brongersma sono i seguenti:

Nella grandissima maggioranza dei casi la calcolosi è unilaterale, e, in questa raramente si manifesta dopo un certo tempo una tale affezione, nel rene opposto. La pielotomia nei calcoli asettici o poco infetti è un intervento da preferirsi sempre che il calcolo possa esser facilmente dominato, afferrato, ed estratto senza lesioni del parenchima renale o dell'uretere. Nei casi infetti la nefrotomia invece va preferita in quei casi, che non siano quelli già ricordati per la pielotomia quando si può far a meno del drenaggio del bacinetto, nel rene mobile in cui è bene associare anche una nefropessia.

Nelle calcolosi bilaterali infette non bisogna esitare a praticare una nefrostomia bilaterale con estrazione dei calcoli.

Non si può sostenere una nefrite litiasica, ma piuttosto l'esistenza di una nefrite consecutiva alla litiasi.

È da tener presente anche che le lesioni secondarie alla litiasi, migliorano notevolmente dopo l'intervento.

* * *

La discussione a questo riguardo trovò consenzienti quasi tutti gli oratori, tranne Bastos (Lisbona), che si meravigliava del numero eccessivo di nefrectomie praticate non considerando forse che tale intervento è oramai limitato a quei casi in cui non se ne può fare a meno.

***

Oltre le sedute scientifiche, i Congressisti furono più volte riuniti in festeggiamenti riuscitissimi.

Una prima volta negli splendidi locali del Circolo Artistico ove il Presidente del Congresso e la sua gentile Signora, avevano preparato un interessantissimo trattenimento artistico con i migliori Artisti Romani. Il Comune di Roma offrì poi un ricevimento in Campidoglio, nelle sale del palazzo dei Conservatori.

Un pomeriggio fu passato al Palatino ove sul tramonto la musica di sette suonatrici di arpa trasfigurarono quel divino paesaggio in un incanto di poesia.

Infine tutti i Congressisti furono invitati dai Soci Italiani della Società Internazionale ad un banchetto sociale al Grand-Hôtel, ove i numerosi ma brevi discorsi affratellarono i rappresentanti delle varie Nazioni. Il prossimo Congresso avrà luogo da qui a 3 anni a New-York.

E. MINGAZZINI.

R. Accademia Peloritana - Messina.

Seduta del 18 febbraio 1924.

Presid.: Prof. G. VINCI - Segr. ff.: Dott. RACCHIUSA

CIACCIO. — *Considerazioni generali sulle vitamine.*

Sulle modificazioni del contenuto in lipoidi del fegato dopo ovariectomia.

C. ARTOM e R. MARZIANI. — Uno degli OO. (ARTOM) ha constatato, in due gruppi di ricerche antecedenti, che l'estirpazione del pancreas o della tiroide è seguita da modificazioni profonde e caratteristiche del contenuto del fegato in sostanze grasse e lipoidee. Estendendo ora tale studio al fegato di coniglie ovariectomizzate, gli OO. dimostrano che, dopo l'intervento sperimentale, il residuo secco, le singole frazioni lipoidi e i rapporti fra queste frazioni presentano variazioni cospicue e differenti rispetto ai corrispondenti valori del fegato di conigli normali.

Particolarmente spiccata è la diminuzione del contenuto in acidi grassi fosfatidici, a cui si accompagna per lo più un aumento correlativo degli acidi grassi non fosfatidici.

La diminuzione, assoluta e relativa, dei fosfatidi del fegato, ai quali, in base alle moderne vedute, si tende ad attribuire una funzione fondamentale nella disintegrazione fisiologica dei grassi, sembra essere appunto espressione di una diminuita capacità di utilizzazione delle sostanze grasse da parte dell'animale ovariectomizzato.

Quattro casi di ascesso del polmone e un caso di gangrena curati col pneumotorace terapeutico.

MUSCOLINO O. — L'O. espone quattro casi di ascesso del polmone capitatigli nel corso di tre anni ed uno di cangrena nei quali ebbe l'opportunità di trattarli col pneumotorace terapeutico. In tre di questi casi l'esito della cura fu la guarigione completa, un caso migliorato, seguito più tardi da morte in seguito ad atto operativo ed il quinto trovasi tuttora in cura.

La durata della cura ha oscillato dai quattro ai sei mesi.

L'O. viene quindi alle seguenti conclusioni:

1) Accertata la diagnosi ricorrere senza meno al pneumotorace terapeutico.

2) L'intervento sia fatto al più presto possibile per non dar tempo ai foglietti pleurici di aderire.

3) Tenere a riposo assoluto l'infermo durante la cura.

4) Mantenere il collasso del polmone almeno due mesi dopo della scomparsa dei sintomi.

Comportamento delle cellule interstiziali del testicolo in condizioni sperimentali.

BATTAGLIA F. — L'O. occupandosi con esperimenti su conigli e cavie, nei cui testicoli provocava la tubercolosi iniettando bacilli tubercolari di tipo umano, e studiando il comportamento delle cellule interstiziali, ha avuto i seguenti risultati:

1) Le cellule di Leygig resistono alle cause nocive come le cellule connettivali.

2) Esse sono capaci di moltiplicarsi per cariocinesi.

3) Esse pigliano parte alla formazione del granuloma tubercolare sdifferenziandosi, ma nella loro sdifferenziazione sono alquanto torpide.

4) Altri elementi connettivali per l'assunzione di lipoidi e per aumento di volume del loro corpo cellulare son capaci di assumere l'aspetto di cellule interstiziali.

S. RACCHIUSA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Sullo studio dei sintomi.

Osserva J. Mackenzie (*Lancet*, 17 novembre 1923) che la funzione di tutti gli organi non è uniforme, ma oscillante. L'intensità della funzione è regolata dagli stimoli nervosi, ma poichè si ammette che ogni nervo risponde agli stimoli secondo la legge del *tutto o niente*, quando la funzione di un organo aumenta d'intensità ciò si deve ritenere in rapporto con una cresciuta frequenza degli stimoli, secondo ogni probabilità dovuta all'entrata in giuoco di un maggior numero di cellule nervose, come sembra accadere in seguito a forti eccitazioni. Però l'aumento della funzione può anche dipendere da una cresciuta eccitabilità dell'organo, come in certi vomiti e gastralgie, e in certe forme di aritmia cardiaca; può anche dipendere da aumentata eccitabilità delle cellule nervose, e, in genere, da una diminuzione di resistenza lungo l'arco riflesso, come accade per effetto di certe droghe, nei nevrastenici, ecc.

Le contrazioni muscolari sono una continua fonte di stimoli che raggiungono il sistema nervoso, e si irradiano più o meno largamente. In condizioni abnormi (es. coliche renali, ecc.), gli stimoli centripeti divengono assai più numerosi e provocano il dolore, ed altri fenomeni associati, come il vomito, il sudore, la depressione cardiaca, il pallore, ecc.

Effetto degli stimoli può essere anche l'inibizione o il blocco di determinati impulsi. Questo è in particolar modo evidente nel cuore, ma conviene ammetterlo come un fenomeno più generale che si presenta in circostanze svariate. Ad un fenomeno di blocco o di inibizione si possono riportare le paralisi difteriche, e l'anuria riflessa. L'inibizione si può considerare come un prolungamento del normale periodo di ineccitabilità che immediatamente segue all'attività di qualunque organo. Però inibizione non equivale sempre a paralisi: molte volte anzi, per la prevalenza di nervi e centri antagonisti ne risulta un aumento di attività, sebbene spesso disordinata (ad es. azione dell'atropina sul cuore, sulla pupilla, sul cervello, azione dell'alcool, e di tossine varie sul cervello).

Molte sostanze ad azione deprimente paralizzano prima i centri e le vie nervose di più recente formazione, e quindi le vie e i centri più antichi: così ad es. l'alcool o gli anestetici mettono prima fuori funzione i centri in rapporto con la coscienza, poi quelli in rapporto coi movimenti volontari, poi gli altri. E poichè l'attività del sistema simpatico è tra le ultime a cedere l'A. ritiene che il simpatico sia il rappresentante più antico del sistema nervoso, omologo al sistema nervoso degli invertebrati, contrariamente all'opinione di Gaskell che lo ritiene semplicemente una parte del sistema nervoso cerebrospinale, migrata alla periferia, con funzioni quasi esclusivamente motorie.

DORIA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'inizio della tubercolosi nell'uomo.

È ormai generalmente ammesso che ogni adulto vivente nei paesi civilizzati è stato infettato dal bacillo tubercolare nella infanzia o nella prima adolescenza. La fase iniziale di questa prima infezione, salvo per certe forme evolutive gravi, non era stata ancora descritta e viene studiata da R. Debré e L. Laplane (*Presse médicale*, 2 febbraio 1924). Nel poppante si ha una fase di incubazione del tutto muta, della durata di 1-4 mesi, secondo l'intensità e la gravità del contagio.

Succede un periodo d'invasione, caratterizzato da alcuni segni generali: febbre, perdita di peso, disturbi digestivi, a cui si aggiungono talora dei segni toracici, rivelabili con un'attenta osservazione, tosse e segni radiologici. In seguito queste manifestazioni sintomatiche delle lesioni iniziali pneumo-ganglionari cessano e subentra una fase latente, un periodo di remissione. Dopo qualche giorno, qualche settimana, qualche mese, secondo la gravità della malattia, la febbre si riaccende, ricompaiono diversi sintomi e la tubercolosi riprende la sua evoluzione per attacchi successivi. In altri casi, in cui il bambino è stato leggermente contaminato, dopo il periodo di invasione la crescenza prosegue normalmente (forme floride della tubercolosi del poppante) oppure questi, pur non presentando nessun segno di tubercolosi evolutiva, si sviluppa meno bene che il normale (forme distrofiche).

Questa fase iniziale non è dunque da ritenersi muta; essa però, per essere riconosciuta esige particolari condizioni favorevoli, che nella pratica si verificano ben raramente, sicchè questo episodio clinico, per quanto costante e caratteristico, passa il più delle volte inavvertito.

fil.

L'importanza della diagnosi di "qualità" per la terapia della tubercolosi.

Alla cura igienico-climatica che si riteneva un tempo la sola adatta, si sono venuti aggiungendo altri metodi, quali la tubercolina-terapia, il pneumotorace, la terapia con raggi, la proteino- e chemo-terapia. Tutti questi metodi, però non agiscono direttamente contro il bacillo, ma sono da considerarsi solo come coadiuvanti della natura. Per una cura razionale, è necessario procedere diversamente secondo le diverse forme, che da un punto di vista essenzialmente clinico A. Bacmeister (*Münchener med. Wochenschrift*, Vol. LXX, n. 38) distingue in produttive ed essudative.

Appartiene alle prime, la forma cirrotica, caratterizzata dai fenomeni di retrazione toracica, da ipofonesi, da intensificazione del murmure senza carattere bronchiale; il fremito vocale tattile è di solito diminuito. La temperatura è per lo più normale; lo sputo non è abbondante, non ha carattere purulento, contiene pochi bacilli, scarse fibre elastiche; non sono rare piccole emorragie. Ai raggi X, si notano i fenomeni di retrazione con piccoli focolai nodosi, ben delimitati, come pure sono ben limitate le caverne.

Spesso difficile è la distinzione della forma nodosa da quella essudativa, specialmente quella broncopolmonare. Nella forma essudativa, si osserva un rapido progresso dei sintomi, febbre alta a notevoli oscillazioni, polso piccolo e frequente, dimagramento e rapido decadimento di forze, anemia secondaria con cute cerea, e viso tumido; sputo con molti bacilli e molte fibre elastiche, diazoreazione positiva. Nella forma nodosa si ha invece uno stabilirsi meno rapido dei sintomi, scarse fibre elastiche isolate, temperatura media con un massimo di 38°,5 al retto, tanto che si può ritenere trattarsi di un focolaio essudativo caseoso. Ai raggi X la forma nodosa è caratterizzata da un'ombra a limiti abbastanza netti, che sono invece assai sfumati in quella essudativa.

Tutte le forme possono poi essere stazionarie, progressive o tendenti alla latenza. Sono segni di forma progressiva la febbre o la temperatura sub-febbrile, il peggioramento, i sudori notturni, la presenza di vampe, le fibre elastiche, le emorragie, la pleurite, ecc. Stazionarie sono quelle in cui, pur con manifesti reperti obbiettivi, si nota una stazionarietà; nelle forme tendenti alla latenza, si ha miglioramento dei fenomeni e dello stato generale.

Nel trattamento occorre anzitutto tener presente che nelle forme essudative caseose, progressive, la tubercolina, la terapia con raggi, la chemoterapia agiscono sfavorevolmente. In tali casi, occorre un trattamento sintomatico e l'assoluto riposo per poter ottenere un miglioramento delle condizioni generali e possibilmente una sosta della malattia. In casi favorevoli, mutata la forma in produttiva, si potrà intervenire con una terapia attiva. Allo stesso scopo, nella tubercolosi essudativa, unilaterale si interverrà con la terapia chirurgica, pneumotorace, frenicotomia, toracoplastica. Il passaggio dall'una all'altra forma è contrassegnato clinicamente dall'abbassarsi della temperatura, fino al normale (il paziente deve rimanere a letto molto a lungo). In questi malati, anche passati allo stadio produttivo, non si userà la tubercolina e solo cautamente i raggi, in ogni caso non prima che siano trascorse tre settimane di apiressia.

Nella forma produttiva si adotterà una terapia attiva, beninteso combinata con le cure climatico-dietetiche. *fil.*

Le cause dell'insuccesso nel trattamento ambulatorio della tubercolosi.

Il trattamento ambulatorio della tubercolosi viene seguìto ancor più spesso ai nostri giorni in cui le condizioni economiche rendono più difficile la cura in sanatorî. Da ciò la necessità di diffondere fra i medici le nozioni che permettano di poter dare al malato le prescrizioni da seguirsi per la cura a domicilio. Per lo più l'armamentario del medico sotto tale rapporto si limita a poche ricette di narcotici e di preparati di creosoto, mentre gli manca una conoscenza precisa dell'andamento generale della malattia e della possibilità di trasportare in certo qual modo le condizioni del sanatorio nella stessa casa del malato. È appunto questa mancanza di coltura specifica la causa più frequente dell'insuccesso a cui si aggiunge anche il falso concetto che il medico ha delle tubercolosi, la quale non va considerata come una questione di medicina, ma piuttosto di educazione popolare, di economia domestica, di educazione del carattere. Il medico è invece abituato a considerare solo i patimenti fisici e spesso a sbrigarsela con una ricetta; nella tubercolosi invece, come in altre malattie croniche, si deve agire individualmente, cercando di penetrare a fondo nelle condizioni del malato e rifuggendo da ogni schematismo.

K. Heinz Blümel (*Münch. med. Wochenschrift*, 15 marzo 1924) riconosce che la cura ambulatoria nelle sue linee generali si riduce al riposo, ipernutrizione relativa, irrobustimento, e nell'uso della tubercolina. È importante non lasciare nulla all'arbitrio del malato, ma fissare esattamente i tempi ed il modo dei pasti, la durata del riposo, rispettivamente del la-

voro, che dovrà variare nel decorso della malattia. L'ipernutrizione è da farsi solo per i malati che hanno subito notevole perdita di peso; per gli altri ci si dovrà soprattutto guardare dalle esagerazioni di un tempo. Come dieta media si potrà usare quella consigliata dal Mendes, consistente in una prima colazione di latte o uova; o cioccolata con pane e burro; di un pasto a mezzogiorno con antipasto o minestra, un piatto di carne con contorno, un secondo piatto leggero, formaggio o frutta. Alle 16-17 una merenda con latte o uova e conserve di frutta, alla sera, nuovamente un pasto analogo a quello di mezzogiorno. Si dànno in media 45 calorie per kg. di peso. La cura di irrobustimento consiste in bagni di aria, da farsi con la sola camicia, della durata dapprima di 1/2 minuto, aumentando fino a 20 minuti; se il malato avverte senso di freddo gli si fanno fare dei movimenti.

Una tale limitazione della libertà personale influisce alla lunga sul carattere del malato e lo fa più malleabile; il medico deve poi sempre interessarsi di tutto ciò che riguarda il malato stesso e dirigere la sua opera educativa secondo le circostanze. Ciò riesce più difficile nei giovani, che male si acconciano a rinunciare all'alcool, al ballo, al fumo e nelle donne di casa che sono sempre tratte ad accudire alle loro faccende; in queste condizioni il medico deve richiedere l'aiuto delle persone di famiglia. L'importante è che egli parli chiaramente al malato, prospettandogli la gravità della situazione e mostrandogli che la guarigione dipende dalla sua cooperazione e dal suo buon volere. Le stesse condizioni economiche non sono sempre un ostacolo grave e, di solito, almeno per quanto riguarda l'alimentazione, tutti o quasi sono in grado di provvedervi.

Importante è anche la cura specifica con le tubercoline, la quale richiede una stretta individualizzazione; l'A. è recisamente contrario al metodo Ponndorf che, salvo per la scrofolosi in bambini al di sotto di un anno, è da ritenersi come non medico e non scientifico.

In complesso è sempre la personalità del medico che deve imporsi, facendo considerare l'importanza anche dei minimi particolari della cura. *fil.*

La terpina nelle bronchiti.

Con la somministrazione della terpina si ha il vantaggio di ottenere gli effetti della trementina senza danneggiare lo stomaco. A dosi di 20-60 cg. essa facilita l'espettorazione fluidificandola; a dosi più elevate di g. 0.80-1.20 diminuisce le secrezioni bronchiali, ma irrita i reni, diminuisce la diuresi e può far comparire albumina nelle urine.

Si prescrive la terpina in cartine (cg. 15 con cg. 20 di benzoato di sodio; 1-4 al giorno), in pillole (cg. 15 con cg. uno di polvere di oppio; 3-4 al giorno per facilitare l'espettorazione; 5-8 per disseccarla); sono consigliate anche le seguenti pillole: Terpina, Catrame di Norvegia, ana cg. 10; Estratto di poligala, Benzoato di sodio, ana cg. 5; quattro pillole al giorno come espettorante.

A. Florand (*Journal des praticiens*, 5 gennaio 1924) prescrive la seguente pozione: Terpina g. 1.50; Rhum g. 50; Sciroppo di poligala g. 30; Acqua di lauroceraso g. 10; Giulebbe gommoso g. 60; quattro cucchiai al giorno. La terpina si può mescolare al carbonato di guaiacolo, benzoato di sodio, balsamo del Tolù, ana cg. 5 e farne pillole per prenderne 6 al giorno come espettorante e 12 come disseccante. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla funzione immunizzante delle glandole linfatiche sottoepiteliali.

K. Digby (*Lancet*, 17 nov. 1923) sostiene da tempo il concetto che le tonsille, l'appendice, le placche di Payer hanno una funzione immunizzante, in quanto i germi su di esse caduti con le loro tossine, che vengono assorbite, provocherebbero la formazione di anticorpi, e in ispecie di opsonine. Si avrebbe una fisiologica essudazione leucocitaria, che renderebbe innocui i germi raccolti nelle cripte, e contribuirebbe alla loro espulsione, costituendo una specie di «pus fisiologico».

Pertanto non consente con quelli che ad ogni minima occasione consigliano di togliere le tonsille o l'appendice come organi inutili o pericolosi: per risolversi a tanto occorre che il pericolo, o almeno il danno attuale da questi organi recato sia evidente. DORIA.

Dove si formano i pigmenti biliari?

Rich, iniettando emoglobina nel circolo di animali a fegato estirpato non riuscì ad osservare formazione di bilirubina. Negli animali con fistola di Eck precedenti autori avevano osservato il fenomeno, ma Rich fa notare che il fegato non era completamente escluso dal circolo, per l'esistenza di una circolazione collaterale.

Rich stesso riconosce che da tale osservazione non si può indurre che solo la cellula epatica formi bilirubina dall'emoglobina o dall'ematoidina: si può continuare a ritenere, come molti autori fanno, che le cellule di Kupfer formino la bilirubina, la quale è poi escreta dalle cellule epatiche.

(*Journ. A. M. A.*, 22 dic. 1923).

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Medicamenti e secrezione lattea. — Al dott. E. Z. da C.:

Evidentemente non è possibile indicare *tutti* i rimedi acconci ad attivare o a far cessare la secrezione lattea.

Sono consigliati come galattogeni la galega, l'anice volgare, l'estratto di semi di cotone, che è usato nella preparazione di diverse specialità, la birra, il latte. Anche i ricostituenti (preparati di ferro), agendo sulle condizioni generali dell'organismo, possono in qualche caso essere utili. L'iniezione ipodermica di piccole quantità di zucchero determina, secondo Lo Monaco, aumento della secrezione lattea e può attivarla se deficiente; si usa a tale scopo la Lattosecretina, che è una soluzione di glucosio, saccarosio e galattosio. Sono altresì da tentarsi i preparati opoterapici (ghiandola mammaria, placenta) che rappresenterebbero anzi i soli rimedi razionali.

Per far cessare la secrezione lattea. il mezzo sovrano è quello fisiologico di non far più funzionare la ghiandola mammaria, non attaccando più il bambino e non esercitando alcun movimento di suzione sulla mammella. Come coadiuvanti possono agire la riduzione di liquidi nella dieta, la fasciatura stretta della mammella con abbondante cotone, e la somministrazione di purganti salini che provochino scariche acquose e di joduri. *fil.*

Determinazione del volume del sangue. — Al dott. D. C. da A. P.:

Il metodo su cui ella chiede informazioni è quello di Meek, che consiste nell'introdurre in circolo una soluzione di gomma, che si mescola col sangue e, per le sue proprietà colloidali, non abbandona i vasi sanguigni. Dopo un certo tempo, si determina la concentrazione della gomma nel sangue, deducendola dal contenuto in calcio che si trova in quantità notevole nella gomma. Si usa la gomma arabica o del Sénegal, la quale proviene da piante del genere Acacia e perciò viene chiamata gomma-acacia (*gum-acacia*). *fil.*

Cure jodiche ed arsenicali nei bambini. — All'abbonato 6023:

Possono farsi anche nei poppanti. Le dosi per sei mesi di età sono le seguenti: Tintura di jodio 1/2 goccia; Sciroppo jodotannico un grammo e più. Acido arsenioso 1/2 mg. Arseniato di sodio un mg. Metilarsinato sodico 1-2 mg. (due gocce della soluzione di 5 cg. in 5 cmc. di acqua distillata). I preparati arsenicali sono ben tollerati se le funzioni digestive sono normali. Come cura arsenicale può anche darsi l'acqua di Roncegno. *fil.*

Febbre da colecistite calcolosa. — Al dott. M. S. da C., abb. n. 8315:

Tra i rimedi da lei tentati non vedo l'urotropina. La adoperi per lungo tempo alla dose di 1 gr. e mezzo, o due al giorno e ne otterrà buoni risultati. Ricordi i frequenti inconvenienti sulla vescica (disuria, polacuria, ecc.) dovuti all'uso prolungato dell'urotropina e ne regoli la dose secondo la tolleranza del malato. Una cura con acque (Montecatini, Chianciano, ecc.) sarà opportuna nella stagione adatta. *t. u.*

Nomina di personale assistente universitario. - Passaggio di Università libere alla Categoria B. — All'abb. n. 5223:

1) la nomina del personale assistente universitario è disciplinata dall'art. 64 del R. D. 30 settembre 1923, n. 2102, sul nuovo ordinamento dell'istruzione superiore, il quale prescrive l'esperimento di concorso per esame;

2) il passaggio di una Università libera alla categoria *B* degli istituti superiori non è consentito dal nuovo ordinamento, giacchè il citato R. D. elenca tassativamente gli istituti del Gruppo *B* (vedi tabella *B* allegata al Decreto).

Ne consegue che il numero di detti istituti non potrebb'essere aumentato, se non in forza di apposita legge.

L'ipotesi configurata al n. 2 del pro-memoria (passaggio di personale insegnante), non può, quindi, verificarsi e — conseguentemente — neppure quella di cui al successivo n. 3 (passaggio di personale assistente). V. A.

VARIA

I migliori "colmi" anatomici.

Riposare sul *talamo ottico* o sul *letto ungueale*, sotto il *padiglione dell'orecchio*.

Attingere acqua alla *cisterna di Pecquet* o alle *fontanelle craniensi*, mediante la *corda tympani* affidata alle *caruncole mirtiformi*, e mescerla in *ampolla rettale*.

Implorare le *pie* meningi.

Infilare uno stivale al *piede d'Ippocampo*.

Fare una camicia colla *tela coroidea*.

Espugnare la *rocca petrosa* conducendo all'assalto le *falangi*.

Esplorare l'*antro d'Highmoro*.

Dissetarsi all'*acquedotto di Sylvius*.

Divorare il *pomo di Adamo*.

Baciare le *boccuccie linfatiche*.

Gettare un *ponte di Varolio* su d'un *canale semicircolare*, presso l'*istmo* delle fauci.

Suonare le *trombe di Eustachio*, o... meglio di *Falloppio* ed il *corno di Ammone*.

(Dell' « *Avven. Sanit.* »).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Rapporti tra le cliniche delle Facoltà mediche chirurgiche e le Amministrazioni degli ospedali.

La *Gazzetta Ufficiale* del 29 aprile, n. 101, pubblica il decreto-legge 10 febbraio 1924, n. 549, che regola i rapporti tra le cliniche delle Facoltà medico-chirurgiche e gli ospedali. Ne riproduciamo integralmente il testo.

Art. 1. — Nelle città, che sono sede di Facoltà medico-chirurgiche, gli ospedali aventi una complessiva media giornaliera di ricoverati non superiore a 600 saranno trasformati in ospedali clinici a seconda dei bisogni dell'insegnamento.

Potranno essere trasformati in ospedali clinici anche gli ospedali, che abbiano una media giornaliera di ricoverati superiore a quella anzidetta, quando ciò sia richiesto, per le esigenze dell'insegnamento, al Ministro della pubblica istruzione.

Le disposizioni di cui ai commi precedenti si applicano a tutte le altre pubbliche istituzioni che, sotto diverso nome, adempiono ai fini dell'assistenza ospedaliera.

Art. 2. — Nelle città che sono sedi di Facoltà medico-chirurgiche le Amministrazioni degli ospedali legalmente riconosciuti come istituzioni pubbliche di beneficenza e non trasformati in ospedali clinici per l'insegnamento, hanno l'obbligo di mettere a disposizione delle cliniche universitarie gli infermi accolti nelle ultime 24 ore, i quali siano ritenuti necessari agli scopi dell'insegnamento.

A tal fine, il trasferimento degl'infermi dalle sale di deposito ai reparti di cura sarà effettuato, salvo i casi di urgenza, col concorso di un delegato delle cliniche universitarie, cui spetterà di provvedere alla scelta degli infermi necessari agli scopi suddetti.

Art. 3. — Gli ospedali, trasformati a norma dell'art. 1, funzioneranno per l'intero anno solare, con le norme prescritte dai regolamenti delle istituzioni cui appartengono, a loro totale carico e nei limiti di spesa dell'assistenza a cui sono tenuti.

Gli istituti clinici provvederanno a loro carico al personale direttivo ed alle spese per trattamenti speciali, mettendo a disposizione del servizio ospedaliero tutti i mezzi diagnostici e terapeutici che essi possiedono, ad eccezione del personale assistente ospedaliero che sia necessario per il funzionamento dei singoli reparti.

Art. 4. — Le cliniche universitarie, le quali abbiano locali propri, potranno funzionare come reparti ospedalieri per l'intero anno solare, con le norme ed alle condizioni che saranno dall'amministrazione universitaria convenute con le amministrazioni delle pubbliche istituzioni che ne facciano richiesta.

Art. 5. — Il Ministero dell'istruzione potrà, su proposta delle Facoltà mediche, richiedere che ospedali, anche di città non sedi di Università, accolgano studenti o laureati per l'esercizio della pratica professionale sotto la guida dei primari ospedalieri.

Art. 6. — Le amministrazioni degli ospedali, trasformati in ospedali clinici, dovranno, nel termine di sei mesi dalla data del presente decreto, provvedere alla definizione dei loro rapporti giuridici ed economici nei riguardi del personale sanitario che, per effetto della trasformazione stessa, dovrà essere esonerato dal servizio.

Art. 7. — Tutti i cadaveri provenienti dagli ospedali sono sottoposti al riscontro diagnostico.

I cadaveri, poi, il cui trasporto non sia fatto a spese dei congiunti compresi nel gruppo famigliare sino al sesto grado o da confraternite o sodalizi che possono avere assunto impegno per trasporti funebri degli associati e quelli provenienti dagli accertamenti medico-legali (esclusi i suicidi) che non siano richiesti da congiunti compresi nel detto gruppo famigliare, sono riservati all'insegnamento ed alle indagini scientifiche.

Art. 8. — Nei Consigli di amministrazione di tutte le pubbliche istituzioni, di cui all'art. 1 del presente decreto, saranno ammessi due rappresentanti della università, designati dal Senato accademico, con tutte le facoltà degli altri consiglieri, per tutti gli affari attinenti ai rapporti fra i detti istituti e le cliniche.

Art. 9. — Tutte le controversie relative alla esecuzione delle precedenti disposizioni, escluse quelle di cui all'art. 6, saranno risolute, su istanza di una o di entrambe le parti, dal Regio prefetto con decreto motivato.

Contro la decisione del prefetto è ammesso, entro il termine di 30 giorni, ricorso al Ministero dell'interno, il quale provvederà, d'accordo col Ministero dell'istruzione, sentito, in caso di diverso parere delle due amministrazioni, il Consiglio di Stato.

Art. 10. — Le disposizioni di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 del presente decreto non saranno applicate agli ospedali dipendenti dall'Amministrazione degli Ospedali riuniti di Roma, eccettuati i reparti del Policlinico attualmente occupati dalle Cliniche universitarie.

Art. 11. — Le disposizioni del presente decreto avranno applicazione dal 1° luglio 1924.

Art. 12. — Il presente decreto sarà presentato al Parlamento per essere convertito in legge.

QUESTIONI PRATICHE.

XXIX. — Deliberazioni consigliari.

Perchè una proposta si intenda approvata dal Consiglio Comunale deve riportare la maggioranza assoluta dei votanti, comprendendo fra questi anche i consiglieri che abbiano deposto scheda bianca.

(Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione 1° marzo 1924, n. 87).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico

XXX. — Effetti delle nomine provvisorie.

Una nomina provvisoria o interinale la cui durata sia stabilita o debba ritenersi riferita al verificarsi di un dato evento (nomina regolare in seguito a concorso) non torna a rivivere se la nomina per concorso, che abbia avuto il suo effetto, venga in seguito annullata, non dovendo confondersi, in una questione di durata e di scadenza, un fatto meramente materiale con un fatto giuridico.

(Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione 29 febbraio 1924, n. 75, ric. Grasso).

XXXI. — Criteri circa i giudizi delle Commissioni giudicatrici di concorsi: uniformità assoluta di trattamento.

In mancanza di norme legislative o regolamentari che prescrivano alle Commissioni giudicatrici dei concorsi di tracciare dettagliatamente i criteri ai quali intendono ispirare il proprio giudizio tecnico, basta agli effetti della legalità del concorso che il giudizio stesso risulti sufficientemente motivato nei riguardi di ciascun concorrente e nei riguardi comparativi dei diversi concorrenti. Ma una volta tracciati con precisione tali criteri di giudizio, le Commissioni sono tenute ad osservarli in confronto a tutti i concorrenti con uniformità di applicazione.

Con questa decisione (1° marzo 1924, n. 91, ric. Cheli Alfredo) la IV Sezione del Consiglio di Stato riafferma la sua giurisprudenza circa il punto più delicato e sensibile del controllo giuridico sul procedimento e sui giudizi inerenti ai concorsi pubblici: assoluta uguaglianza di trattamento e rigorosa uniformità di applicazione dei criteri prescritti da leggi, regolamenti, statuti, ecc., o stabiliti dalla stessa Commissione, sia che, in questo caso, risultino espressamente dai verbali sia che, non avendo la Commissione obbligo di esporli esplicitamente nel verbale, risultino implicitamente da concreta applicazione in rapporto ai vari concorrenti.

È necessario, nei casi di concorsi contestati o contestabili, che il controllo sia esercitato anche e specialmente sui *verbali* della Commissione.

XXXII. — Singolare eccezione alla regola della motivazione del licenziamento per fine del periodo di prova.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 2 febbraio 1924 (ric. Renda contro Comune di Alcamo) ha riaffermato la massima ormai costante e non più discussa che non occorre motivazione per il licenziamento dei medici condotti per fine del periodo di prova.

Le nuove norme circa gli ordinamenti amministrativi e sanitari non hanno modificato questa regola ma ne hanno reso più stridente il contrasto col sistema concernente gli altri impiegati degli enti locali.

Gli art. 40 e 49 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2839, hanno esteso espressamente l'obbligo della motivazione — che prima riguardava i segretari comunali — anche al licenziamento per fine del periodo di prova di qualsiasi impiegato agente o salariato dei Comuni, dei consorzi e delle provincie.

Fanno eccezione i sanitari condotti, per i quali il decreto 30 dicembre 1923, n. 2889 non stabilisce l'obbligo della motivazione e all'articolo 37 dispone che «la dimissione per fine del periodo di prova deve essere deliberata almeno tre mesi prima del biennio dal Consiglio Comunale o dalla rappresentanza consorziale con l'intervento di almeno due terzi dei Consiglieri o dei membri della rappresentanza sudetta».

Non è facile trovare una ragione di questa singolare diversità di trattamento, il quale forse dipende da difetto di coordinamento fra i due decreti.

XXXIII. — Licenziamento per soppressione di posto.

Deliberata dall'autorità tutoria la soppressione di una fra più condotte mediche di un Comune, non può con ciò solo, in nessun caso, intendersi licenziato alcun medico e neppure licenziato quello che abbia una semplice nomina provvisoria occorrendo all'uopo una espressa e personale deliberazione del Consiglio Comunale.

(Consiglio di Stato, Sez. V, decisione 28 dicembre 1923, ric. Laudati contro Comune di Modugno).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

IX Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici.

Durante i giorni 27-29 aprile, nella sala nell'Ordine di Roma, si è riunito il IX Congresso degli Ordini dei Medici d'Italia.

Il concorso dei delegati dei varii Ordini Federati è stato considerevole.

Il Congresso fu aperto dal Presidente della Federazione prof. Silvagni, il quale commemorò con nobili parole i soci deceduti, tra cui ricorda i compianti professori Remedi di Siena, Borri di Firenze, sen. Foà di Torino, dott. Malacrida di Milano. Ringrazia i colleghi di Roma dell'ospitalità concessa e chiude inneggiando a Guido Baccelli simbolo di romanità e di scienza.

Il dott. G. B. Buglioni, vice presidente dell'Ordine dei Medici di Roma saluta i congressisti ed esprime l'augurio che la Federazione non solo non perisca ma si rafforzi.

Viene nominato, dopo un rifiuto del prof. Silvagni, su proposta Frassetti, a presidente dell'assemblea il dott. Buglioni.

Fu inviato un telegramma di saluto e di omaggio ai medici di Fiume.

Il prof. Ettore Levi, commissario governativo dell'Istituto italiano d'igiene, previdenza ed assistenza sociale, invita i congressisti ad onorare di una loro visita l'Istituto anzidetto.

Il presidente prof. Silvagni fa la relazione morale della Federazione. Espone in chiara felicissima sintesi tutta la complessa attività spiegata dalla Federazione. Accenna, quindi, all'opera svolta dalla organizzazione in accordo colle corporazioni sanitarie circa il minacciato disegno di legge sulle tariffe giudiziarie, alle proposte di modifiche allo Statuto, alla vertenza fra medici della Croce Rossa e la Presidenza generale di questa istituzione, all'eredità Toscani che è ancora insoluta per il rifiuto degli eredi a voler consegnare la somma malgrado le garanzie già concordate.

Illustra le pratiche fatte circa il decreto sulla abilitazione all'esercizio concesso ai medici rimpatriati, a causa della guerra; circa la necessità di regolare meglio la iscrizione dei medici stranieri stabilendo reciprocità di titoli e delle lauree.

Si sofferma ad informare del tentativo fatto col censimento dei medici italiani all'estero per conservare e cementare i rapporti professionali, dell'esito di varie vertenze di Ordini con Amministrazioni ospedaliere ed annunzia che nella Cassa per l'invalidità e la vecchiaia della cui Commissione fa parte come presidente federale, è stato sanzionato il principio della nomina per concorso dei medici.

L'oratore, prendendo le mosse da un ordine del giorno del dott. Salpietra, approvato nel precedente Congresso, con cui si reclamavano per la Federazione facoltà sindacali, fa una lucida dissertazione sulle funzioni del Sindacalismo che per i medici non può limitarsi alla difesa dei diritti economici, ma tutelare anche la dignità morale della classe.

Dimostra che la Federazione non ha finora facoltà di entrare nella disciplina dei singoli Ordini, sicchè viene ad essa tolta ogni facoltà sindacale.

Il Congresso dunque deve decidere se la Federazione debba vivere e quali debbano essere i suoi limiti d'azione.

Esorta i colleghi a mantenere in vita l'organismo federale che tante battaglie ha combattuto e vinte per una classe il cui apostolato si manifesta nell'alleviare con passioni fervide tutte le sventure umane.

Il nobile ed elevatissimo discorso dell'illustre prof. Silvagni è fatto segno ad una interminabile ovazione.

La discussione della relazione morale è stata molto ampia. Vi hanno preso parte Fatichi, Gigliooli, Gallenga, Salpietra, Abbruzzetti, Braccini, Telesforo, Masnata, Vacino, Follieri, Riva, Lombardo Pellegrini, Coen-Cagli, Bentivegna, Molinari ed altri.

Il prof. Silvagni risponde ai varii oratori. Ringrazia quanti hanno avuto espressioni cordiali per la sua persona e riconferma il proposito già espresso di ritirarsi in disparte pur restando sempre con il pensiero a fianco dei medici.

Si procede alla verifica dei poteri, dopo di che si discute a lungo sulle modalità della votazione e sugli ordini del giorno presentati, che però vengono tutti ritirati salvo uno firmato dai rappresentanti di 17 Ordini dei medici, il quale è così concepito:

«I sottoscritti, rappresentanti di 17 Ordini dei Medici, udita la relazione morale del Presidente, l'approvano e plaudono all'opera fin qui svolta:

presa però in esame la situazione attuale delle Associazioni mediche;

considerate le mutate condizioni del Paese riflettentisi anche sulla classe medica, propongono la seguente modificazione di Statuto:

«È nominata una Commissione di 7 membri con i poteri del Consiglio Federale, allo scopo di introdurre nello Statuto federale quelle modificazioni che valgano a determinare quale sarà l'avvenire della Federazione. Previa relazione distribuita a tutti gli Ordini d'Italia, entro sei mesi, in una riunione alla quale saranno invitati tutti gli Ordini, compresi i distaccati, la Commissione presenterà le sue proposte concrete per la relativa discussione ed approvazione. La procedura per il funzionamento della Commissione sarà stabilita dalla Commissione stessa».

Per acclamazione, tutta l'assemblea in piedi approva il primo comma dell'ordine del giorno approvante l'operato del Presidente prof. Silvagni, al cui indirizzo viene tributata una calorosa ovazione. La seconda parte viene votata per appello nominale e risulta approvata con 106 voti favorevoli, 49 contrari e 2 astenuti.

Il dott. Passamonti legge, quindi, la relazione dei revisori dei conti e tributa un vivo plauso al consigliere economo dott. Braccini. La relazione è approvata senza discussione. Il dott. Braccini fa l'esposizione finanziaria e si discute a lungo di questioni riguardanti l'ordinamento interno della Federazione.

Dopo una viva discussione, alla quale partecipano i dottori Bencivenga, Oliaro, Insinna, Martinelil, Vacino, Molinari, Campoli e Giglioli, si decide con 114 voti contro 25 e 5 astenuti, che nella Commissione che reggerà la Federazione non siano rappresentate le minoranze.

Procedutosi alla votazione segreta per i 7 membri della Commisione risultano eletti i dottori Achille Vacino, Giuseppe Fatichi, Carlo Baslini, Pio Campoli, Pietro Gallenga, Guido Pinaroli e Guido Giglioli. Si sono avute 22 schede bianche.

Nell'ultima seduta, sempre sotto la presidenza del dott. G. B. Buglioni, che ha presieduto con alacrità ed energia tutte le sedute, il IX Congresso della Federazione degli Ordini dei medici ha continuato i propri lavori alla presenza di un numero maggiore di congressisti.

Il prof. Silvagni propone che il Codice Deontologico preparato dalla Federazione sia adottato ufficialmente dagli Ordini d'Italia e il Congresso approva all'unanimità. Si approva anche dopo breve discussione alla quale partecipano Pasquale, Garosci e Lazzè, la formazione dell'albo degli specialisti e la obbligatorietà dell'iscrizione di questi, e un ordine del giorno perchè nell'applicazione della legge sull'esame di Stato siano salvaguardati i diritti di coloro che già sono specialisti.

Si approva un ordine del giorno proposto dal dott. Baslini di Milano col quale si chiede che sia modificato il decreto Gentile per la clinicizzazione degli Ospedali e un ordine del giorno Coen-Cagli Benedini contro il recente decreto riguardante la riforma per gli studi odontoiatrici.

Sulla questione del regolamento per le mutue, parlano il prof. Silvagni, i dottori Vacino, Martinelli, Braccini e Molinari e l'assemblea approva la relazione della Federazione.

Il prof. Silvagni fa il rendiconto della sottoscrizione contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie e la relazione su la partecipazione della Federazione alla celebrazione del medico caduto in guerra. Il Congresso approva.

Il dott. Carosci riferisce su la difesa contro l'esercizio arbitrario delle professioni mediche e propone delle severe sanzioni pecuniarie e penali contro i violatori della legge professionale o i loro favoreggiatori. Parlano in proposito i dottori Darclea, Boschi, Coen-Cagli, Mattioli, Bertacchini e Bracciani e le proposte del relatore Carosci sono approvate.

Il dott. Martinelli riferisce sulla questione degli albi chiusi, esponendo le varie opinioni in materia e proponendo alcune misure atte a risolvere il problema della pletora dei medici, specialmente con una severa disciplina dell'istituendo esame di Stato e con l'adozione dell'albo chiuso.

Senza discussione si approvano due ordini del giorno del prof. Provera per l'obbligatorietà delle necroscopie negli ospedali e per la riunione in uno stesso Ente sotto una unica direzione di tutte le Opere Pie di uno stesso centro aventi funzioni Ospitaliere. Si approvano anche altri ordini del giorno su questioni fiscali o di carattere tecnico.

Zamparelli, sicuro interprete dell'unanime sentimento del Congresso, rivolge un saluto di plauso e di gratitudine al dott. Buglioni per il modo con cui ha egregiamente presieduto il Congresso, saluto che estende alla classe medica tutta di Roma per l'ospitalità di cui ha dato prova.

Saluta anche il venerando prof. Silvagni, al quale andrà sempre il pensiero riconoscente dei medici italiani.

Il presidente dott. Buglioni, accolto da vivi e generali applausi, nel dichiarare chiuso il Congresso, ringrazia, anche a nome dell'Ordine di Roma che egli rappresenta, e inneggia alle sempre maggiori conquiste della classe. Riscuote applausi vivissimi.

Comunica — e così il Congresso ha fine — che i voti approvati saranno rassegnati al Governo da una Commissione composta dai dottori Provera, Guicciardini, Lang e Coen-Cagli.

I voti del Congresso presentati all'on. Mussolini.

La Commissione nominata dal Congresso è stata ricevuta dal Presidente del Consiglio al quale ha presentato ed illustrato i voti riguardanti la recente riforma dell'esercizio odontoiatrico, l'esercizio abusivo della medicina, il regolamento per la obbligatorietà delle autopsie negli ospedali, la clinicizzazione degli ospedali, tesi di Università, ecc. Il Presidente del Consiglio ha preso attenta visione degli ordini del giorno, ed ha dato affidamento sulle varie questioni: a proposito della clinicizzazione ha dichiarato che all'odierno decreto seguirà un regolamento alla compilazione del quale saranno chiamati a collaborare i rappresentanti di tutte le parti interessate.

Nuovi Consigli degli Ordini.

BENEVENTO. — *Presidente*: dott. Cerza Pasquale; *segretario*: dott. Campese Ugo; *tesoriere*: dott. Varrusio Aristide; *consiglieri*: dottori Avallone Goffredo, Cerni Giuseppe, Casiello Mario, Guglielmucci Gaetano.

FOGGIA. — Segretario dell'Ordine dei Medici è il dott. Giuseppe Nazzaro.

FORLÌ. — *Presidente*: prof. Stefanelli Paolo; *segretario*: dott. Miceli Eugenio; *tesoriere*: dott. Toledo Luigi; *consiglieri*: prof. Silvestrini Luigi, dottori Bertini Pio, Salvi Natale, Belluzzi Alberto.

POTENZA. — *Presidente*: prof. Gianturco Giulio; *segretario*: dott. Chiancazzo Francesco; *tesoriere*: dott. Coiro Luigi; *consiglieri*: dottori Barletta Gennario, Campanelli Domenico, Josa Giuseppe, Sarli Camillo.

TERRA DI LAVORO (*Caserta*). — *Presidente*: dottore Campoli Pio; *segretario*: dott. Valletta Vincenzo; *tesoriere*: dott. Pozzuoli Giovanni; *consiglieri*: dottori Senete Luigi, De Cesare Ercole, Grossi Giuseppe, Santollo Clemente.

CONCORSI

POSTI VACANTI.

BONDIONE (*Udine*). — Consorzio. Stipendio e indennità L. 14.400. Aumenti periodici. 2 indennità c.-v. Tassa Concorso L. 30,10. Documenti di rito. Gratuita abitazione civile. Scadenza al 15 giugno. Richiedere avviso Segreteria comunale.

CHIUSA PESIO (*Cuneo*). — Scad. 22 mag.; per S. Bartolomeo; L. 7000 e 4 quinquenni decimo; L. 200 arm. farm.; c.-v. in L. 70 mensili lorde.

GAVELLO (*Rovigo*). — Scad. 31 mag. L. 7000 per 1000 pov., L. 100 ogni 100 pov. in più, L. 3000 cav., ridotte a 2000 per cessione appezzam. terreno con frutteto e vigna; casa e adiacenze nel centro del capoluogo; se uff. san. indennità prestabilita; 5 quadrienni decimo. Tassa concorso a mezzo cartol.-v. di L. 50.20 intestata al Tesoriere comun.

GIOVE (*Perugia*). — Scad. 20 mag. L. 6000 residenziali, L. 1000 indenn. condotta povera (se meno di 300 paganti), L. 500 uff. san. Vaglia di lire 50.15 intestato al Comune per tassa conc.

MANTOVA. *R. Prefettura*. — Uffic. sanit. del capoluogo; L. 13,500 e 5 quadrienni decimo; c.-v. in L. 1,200 se coniugato, L. 780 se celibe; è consentito il libero eserc. Ab. 35,866 su 392 ettari. Scad. ore 12 del 20 maggio.

MONTEBELLUNA (*Treviso*). — Scad. 15 mag. Condotta e direz. Ospedale Civile; stip. L. 10,000, due c.-v., trasp. L. 2500.

MONTEFALCIONE (*Avellino*). — Scad. 19 mag. Lire 4500 (*sic*) pei pov., L. 1500 cav., L. 500 uff. san.

RONCOFREDDO (*Forlì*). — A tutto 25 giu., 1ª condotta; L. 8500 pei pov. (312 su 3200 ab. circa) e 10 bienni ventesimo; L. 1500 cav.; 1ª indenn. c.-v. e metà della 2ª; L. 300 per uff. san. Chiedere annunzio.

ROMA. *Ministero della Marina*. — Scad. 16 mag.; conc. per esami a 20 posti di tenente medico in serv. attivo perm.; vedi fasc. 18.

SPERLINGA (*Catania*). — Stip. L. 5000 (*sic*); per uff. san. L. 500; indennità provvista medicine lire 1500. Scad. 30 giug. Rivolgersi Segreteria comunale. Cartolina-vaglia di L. 50, intestata al Tesoriere comunale.

TRABIA (*Palermo*). — A tutto 31 mag.; L. 5000 (*sic*) pei pov. e 5 quinquenni dec.; primo c.-v.; indenn. supplet. oltre i 500 pov.

VADO LIGURE (*Genova*). — Scad. 20 mag. Stip. L. 6000, doppio c.-v., L. 1000 quale uff. san. (assegni in corso d'approvaz.). Tassa di L. 50 da versare alla Cassa Comunale.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Aiuto nella Sezione Tubercolosi, sita in Isola di Sacca Sessola; stip. L. 4800, indenn. disag. resid. L. 1500, alloggio, vitto, guardie; nom. biennale e conferma annua. Tassa L. 50. Età lim. 35. Sei anni di laurea e quattro di effettivo servizio in Osped., Clin. univ. o Condotte. Esami. Chiedere annunzio. Rivolgersi Congreg. di Carità (Ammin. provvisoria). Scad. ore 17 del 26 maggio.

VILLAFRANCA (*Verona*). — Scad. 25 mag. Pel 1° reparto, L. 7000, indenn. c.-v. in L. 1200, indenn. integrativa del 20 % sullo stipendio base, quattro quinquenni decimo, L. 1500 cavalc. Tassa di L. 50.

Diffide e boicottaggi.

Il Sindacato Fascista Medici Condotti della Provincia di Novara diffida il concorso della 2ª condotta medica di Livorno-Vercellese perchè vi è l'obbligo della supplenza reciproca gratuita coll'altro collega di condotta.

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze*. — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli*. — Premio Umberto I. Vedi fasc. 11. Scad. 31 dicembre 1924.

MILANO. *Municipio*. — Due premi della Fondazione dott. A. Beretta. Vedi fasc. 15. Scad. ore 12 del 28 feb. 1926.

MILANO. *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere*. — Due premi della Fondazione Fossati. Scadenza ore 15 del 1° apr. 1925 e ore 15 del 31 dic. 1926. — Premio della Fondazione Ernesto De Angeli. Scad. ore 15 del 31 dic. 1926. Vedi fasc. 17.

MODENA. *R. Università*. — È stato istituito il premio «Riccardo Luzzatto» in memoria dell'insigne scienziato, morto tragicamente per infezione contratta facendo esperienze scientifiche. La dotazione è di L. 20,000. Il premio di L. 1000 verrà dato al migliore lavoro di chimica o terapia sperimentale.

Con donazione del prof. Riccardo Simonini è stato fondato il premio annuo di L. 500, intitolato al giovane «Alfredo Simonini» rapito nel fiore dell'età, da assegnarsi a quello studente del VI anno di medicina che più si sarà distinto nella clinica pediatrica.

ROMA. *Associaz. Ital. per l'Igiene*. — Premi per opuscoli di propaganda. Vedi fasc. 50. Proroga 15 maggio 1924.

ROMA. *Associaz. Profess. Dermosifilografi Italiani*. — Premio Locatelli. Vedi fasc. 45 del 1923. Scad. 15 maggio 1924.

ROMA. — *Ministero della Guerra*. — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *R. Clinica Oculistica*. — Premi Cirincione e Cidonico. Vedi fasc. 17 del 1923. Scad. 31 maggio 1924.

ROMA. *R. Università*. — Premio Baccelli. Vedi fasc. 17. Scad. 15 giugno 1924.

ROMA. *R. Università*. — Due premi di fondazione Girolami. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Società Italiana di Medicina Interna*. — Due premi ditta Hoffmann-La Roche. Vedi fasc. 15. Scad. ore 16 del 31 dic. 1924 e del 31 dic. 1925.

TORINO. *R. Accad. di Medicina*. — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

VENEZIA. *R. Istituto Veneto*. — Premio Minich. Scad. 31 dic. 1924. Premio Forti. Scad. 31 dic. 1925. Vedi fasc. 40 del 1923.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Raffaele Bolognesi è nominato, in esito a concorso, professore di patologia generale a Siena.

Sono stati trasferiti i proff. Alberto Agazzotti, di fisiologia, da Catania a Parma; Giovanni Cagnetto, di anatomia patologica, da Cagliari a Siena; Cesare Decio, di clinica ostetrica, da Sassari a Cagliari; Gennaro Fiore, di clinica pediatrica, da Cagliari a Pisa; Ugo Lombroso, di fisiologia, da Messina a Palermo.

Con R. D. 7 marzo il gr. uff. dott. Giulio Marolla, direttore generale del Lavoro e della Previdenza sociale al Ministero dell'Economia Nazionale, è chiamato a far parte del Consiglio Superiore della Cassa Nazionale d'Assicurazione per gl'Infortuni sul Lavoro, in sostituzione del comm. dott. Luigi Solinas, nominato consigliere della Corte dei Conti.

Il concorso bandito dal Ministero della P. I. tra laureati in medicina per un posto di perfezionamento all'interno, dell'importo di L. 6000, è stato vinto dal dott. Giuseppe Aiello, che ha riportato punti 46/50. La Commissione era così composta: A. Bignami, presidente; G. Tusini, A. Dionisi, R. Versari, S. Baglioni segretario relatore.

Il prof. Giuseppe Fiorito, pareggiato di batteriologia presso la R. Università di Catania, per speciali benemerenze nel campo scientifico-pratico è stato insignito della croce di cav. ufficiale della Corona d'Italia, dal Ministero della P. I.

Il dott. Alessandro Motti da Castel San Giovanni (Piacenza), è stato decorato di medaglia di bronzo al valor militare con la seguente motivazione:

« Ufficiale medico di battaglione continuò a disimpegnare il suo servizio presso le truppe di prima linea in azione, anche dopo aver riportata una ferita di qualche importanza, dando bello esempio di sprezzo del pericolo e di elevato spirito militare. — Valle di Siroca Nyiva, Bainsizza, 18-26 agosto, 1917 ».

NOTIZIE DIVERSE.

Il Consorzio Universitario di Genova.

Il 16 aprile si è riunita l'assemblea del Consorzio per l'Università di Genova. Dopo lunga discussione è stato approvato un ordine del giorno con cui asserendosi che difficilmente dai comuni della Liguria si otterranno contributi per la costituzione del Consorzio universitario nella misura che si ritiene necessaria per assicurare la vita e il progressivo sviluppo della Università di Genova, si fanno voti che il Ministero, con un provvedimento di sua competenza, renda possibile la costituzione coattiva del Consorzio fra tutti i comuni della regione ligure, lasciando però sempre liberi a tutti gli altri enti, istituti e privati cittadini di concorrere in quella misura che crederanno alla costituzione del Consorzio stesso.

Per l'Università di Bologna.

Il Consiglio Provinciale ed il Consiglio Comunale di Bologna si sono occupati ampiamente nelle ultime riunioni dell'Università, non ostante sia annoverata fra quelle di Stato, classifica questa più ornamentale, che di reale vantaggio. Basti notare il fatto che la spesa prevista per nuove costruzioni, per ampliamenti e sistemazioni di edifici indispensabili, si aggira sui quaranta milioni di lire, di cui la metà solamente verrebbe sostenuta dallo Stato, a condizione che l'altra metà venga preventivamente assicurata dagli Enti locali.

Commissioni universitarie.

Riportiamo il risultato delle votazioni fatte il 4 febbraio 1924 dalle Facoltà di medicina per le Commissioni giudicatrici di promozioni ad Ordinario.

Anatomia patologica: Pepere Alberto, Dionisi Antonio, Barbacci Ottone, Fabbris Aldo, Cesaris Demel Antonio. Affini: Lustig Alessandro, Sacerdotti Cesare, Bignami Amico.

Anatomia umana normale: Sala Luigi, Chiarugi Giulio, Bertelli Dante, Levi Giuseppe, Versari Riccardo. Affini: Grassi Giovan Battista, Ruffini Angelo, Dionisi Antonio.

Clinica pediatrica: Jemma Rocco, Comba Carlo, Pacchioni Dante, Francioni Carlo, Di Cristina Giovanni. Affini: Sclavo Achille, Dionisi Antonio, Micheli Ferdinando.

Clinica oculistica: Albertoni Giuseppe, Ovio Giuseppe, Gallenga Camillo, Angelucci Arnaldo, Bietti Amilcare. Affini: Tricomi Ernesto, Aducco Vittorio, Muscatello Giuseppe.

Clinica ostetrica ginecologica: Miranda Giovanni, Ferroni Ersilio, Clivio Innocente, Pestalozza Ernesto, Sfameni Pasquale. Affini: Pepere Alberto, Muscatello Giuseppe, Lustig Alessandro.

Igiene: Sclavo Achille, Sanarelli Giuseppe, Di Vestea Alfonso, Canalis Pietro, Manfredi Luigi. Affini: Lustig Alessandro, Aducco Vittorio, Bignami Amico.

Materia medica e farmacologia: Sabbatani Luigi, Gaglio Gaetano, Valenti Adriano, Coronedi Giusto, Marfori Pio. Affini: Lo Monaco Domenico, Bottazzi Filippo, Aducco Vittorio.

Medicina legale: Perrando Gian Giacomo, Ferrai Carlo, Mirto Domenico, Cevidalli Antonio, Biondi Cesare. Affini: Sclavo Achille, Dionisi Antonio, Sabbatani Luigi.

Patologia generale: Lustig Alessandro, Salvioli Ignazio, Morpurgo Benedetto, Sacerdotti Cesare, Tiberti Nazzareno. Affini: Pepere Alberto, Dionisi Antonio, Cesaris Demel Antonio.

Patologia speciale chirurgica: Tricomi Ernesto, Burci Enrico, Tusini Giuseppe, Muscatello Giuseppe, Alessandri Roberto. Affini: Dionisi Antonio, Pepere Alberto, Sacerdotti Cesare.

Corso di perfezionamento sulle malattie professionali.

Si è svolto nei mesi di febbraio e marzo, presso la Clinica delle Malattie professionali di Napoli diretta dal prof. Ferrannini; è stato integrato da uno studio della medicina ed igiene ferroviarie.

Alla solenne seduta di chiusura, che ebbe luogo il 31 marzo, pronunziò un discorso il prof. Ferrannini e tenne un'elevata conferenza il gr. uff. avv. Ignazio Giordani.

Corsi samaritani e di propaganda d'Igiene sociale da tenersi in località marittime.

In una sala della Sede Centrale della Cassa Nazionale per gli infortuni sul lavoro si è tenuto un numeroso e scelto Convegno per l'istituzione di *Corsi Sanitari e di Propaganda d'Igiene Sociale* da tenersi in località marittime, promossi dal *Consorzio delle Scuole Professionali per la Maestranza Marittima.*

S. E. Luigi Luzzatti, Presidente Generale effettivo del Consorzio, leggermente indisposto, si era fatto rappresentare dal suo fiduciario prof. David Levi Morenos, che ha esposto sinteticamente la necessità di una azione diretta, coordinata e tenace fra la popolazione marittima, in modo da diffondervi largamente non solo le nozioni pratiche nei riguardi dei soccorsi di urgenza da prestarsi nelle disgrazie accidentali, ma anche i primi elementi d'igiene specialmente per l'importanza che hanno nell'emigrazione e nell'economia nazionale.

Dopo ampia, esauriente discussione, il Convegno, plaudendo all'iniziativa presa da S. E. Luzzatti, della quale si è riconosciuta ed esaltata l'alta importanza sociale, ha deliberato l'istituzione dei corsi. da tenersi in località marittime, procedendo alla nomina di due Commissioni, che con la Presidenza del Consorzio costituiranno il Comitato Esecutivo dei corsi predetti.

A far parte della Commissione tecnica sono stati designati il gen. Cavalli, i professori Sclavo, Ettore Levi, i commendatori Baldi, Sciti, Ravicini, D'Alessandria e il dott. Trulli; della Commissione finanziaria i commendatori Medolaghi, Falciani, Battistella, Oberdorfer e Veratti.

Si è deferito alla Presidenza il mandato di integrare le predette Commissioni con altri elementi e di convocarle al più presto.

Corso di terapia marina.

Fin dal 16 marzo c. a. nell'Istituto Ortopedico Ravaschieri di Napoli, con dipendenza Ospizio Marino Permanente in Bagnoli, il direttore prof. Curcio ha iniziato un corso di Terapia Marina per infermiere, allo scopo di preparare un personale specializzato per tali cure nelle cliniche, stabilimenti e pratica privata.

Stante l'importanza ed il successo del corso questo sarà ripetuto durante il corrente anno.

Le importanti lezioni sugli elementi della Terapia Marina, sui metodi di applicazione, e sui soggetti sottoposti a tali cure saranno pubblicate dal prof. Curcio in un «Manuale di Terapia Marina».

La Mostra di Vercelli.

Nei mesi di settembre e ottobre si terrà a Vercelli la prima Mostra Italiana delle Attività Municipali; essa comprenderà una Sezione di Sanità ed Igiene ed una Sezione di Beneficenza ed Assistenza Pubblica.

Il Comitato ordinatore, presieduto dal Sindaco gr. uff. Felice Lombardi, coadiuvato dal segretario generale del Comune avv. rag. Silvio Ardy, ha sede presso il Municipio.

Conferenza.

Il prof. Pio Pediconi ha tenuto il 22 aprile, nell'Ospedale di S. Gallicano in Roma, una conferenza sul trattamento della sifilide mediante il *treparsol*, derivato formico dell'acido meta-amino-paraossifenilarsenico, in cui l'arsenico funziona da pentavalente, mentre negli arsenobenzoli si comporta da trivalente. Questo prodotto è stato ottenuto da Clément Simon, in seguito agli studii di Ehrlich, Levaditi, Fournier, Navarro-Martin, Schwarz. Esso offre il grande vantaggio di poter essere somministrato per bocca. L'oratore ha fatto la storia del prodotto ed ha riferito intorno a 21 pazienti da lui curati con ottimo successo. Si ripromette di accertare se le guarigioni saranno stabili e se il rimedio esercita azione preventiva.

La Rockefeller Foundation.

Da un resoconto preliminare del presidente, dottore George E. Vincent, sull'attività svolta nel 1923, risulta che l'istituzione ha continuato ad attuare il suo programma, già da noi più volte prospettato, ampliandolo e consolidandolo.

In particolare segnaliamo, nel 1923, l'assegnazione di una somma corrispondente a 30 milioni di lire per alcune Università dell'Inghilterra e di somme corrispondenti a 20 e 10 milioni di lire alle Università Alberta e della Pennsilvania; il conferimento di 636 borse di studio; le spese per gli scambi di personale sanitario, col tramite della Lega delle Nazioni; l'invio di ingenti quantitativi di materiale sanitario al Giappone. Numerose altre contribuzioni sono state fatte secondo i piani già tracciati negli scorsi anni.

Le spese sostenute nel 1923 ammontano a circa 8.5 milioni di dollari, ossia a circa 200 milioni di lire (al cambio di 23).

Un ospedale italiano in Tokyo.

L'ospedaletto donato alla Croce Rossa Giapponese, eretto nel cortile del sanatorio del distretto di Tokyo, a Uyeno, fu aperto il 14 febbraio. Il baro-

ne Hirayama, Presidente della Croce Rossa Giapponese, fece un discorso d'apertura. Parlarono anche il barone Di Martino, ambasciatore italiano, il sindaco Nagata ed il barone Matsui, ministro degli Esteri. L'ospedale è uno dei dieci fatti costruire ora dagli italiani per i cittadini che subirono il terremoto, e si crede che, per la sua costruzione, sia perfettamente antisismico. Lo stile dell'edificio è indicato dal titolo di «Progetto di Messina», cioè del tipo ideato per la zona distrutta di Messina. Il sindaco Nagata e gli altri giapponesi invitati dichiararono, nei loro discorsi, la propria riconoscenza per il buon volere dimostrato dalla nazione italiana, che ha purtroppo una triste esperienza, al pari dei giapponesi, quanto a terremoti.

(Japan Medical World).

L'insulina avanti ai Tribunali.

Quanto siamo per narrare è avvenuto in Olanda ed è riferito dal *Nederlandsch Tijdschrift* e riportato dal *Journal A. M. A.* Il prof. Laqueur ha patentato il nome di «Insulinum Neederlandicum» per un'insulina da lui fabbricata secondo i precetti degli studiosi di Toronto. Un farmacista, a sua volta, inoltrò istanza per ottenere la tutela del nome «Insulin Blomberg»; ma il dott. J. Koopman si oppose, rilevando che il nome d'insulina non può essere tutelato da un marchio di fabbrica, più di come potrebbe esserlo il nome «sangue» o «bile», perchè introdotto nella scienza da Schäfer nel 1916 ed è di diritto pubblico. In seguito a questa istanza l'ufficio dei brevetti rigettò la richiesta del farmacista, il quale si è appellato al Tribunale. La Corte di Aja ha deciso a favore del farmacista, ma il prof. Laqueur si è appellato contro questa decisione alla Corte Suprema, e il giudizio è tuttora pendente.

Il decano dei medici di Bologna.

Il 28 aprile u. s. ha compiuto, a Bologna, l'età di 90 anni il dott. cav. Cesare Busi, che fu primario degli Ospedali Maggiore e di S. Orsola e che dell'esercizio pratico della medicina e della chirurgia ha fatto un alto e nobile ministerio.

In questa occasione il dott. Busi ha ricevuto l'omaggio devoto e riconoscente di amici e di ammiratori.

Per festeggiare l'on. A. Cucco.

L'on. prof. Alfredo Cucco, segretario politico della Federazione Provinciale di Palermo del P. N. F., eletto primo nella lista nazionale per la Sicilia, sarà quanto prima nella Capitale. I medici che ebbero ad apprezzarne le doti, i fascisti che lo ebbero compagno nell'aspro periodo della lotta antibolscevica, sono pregati di far pervenire la propria adesione al dott. G. Lucangeli (piazza Cola di Rienzo, 69), per costituire un Comitato, il quale stabilirà la forma e le modalità delle onoranze da tributargli.

I medici laureati a Roma nel 1914

hanno stabilito di riunirsi prossimamente a banchetto per festeggiare il decimo anniversario della laurea. Tutti coloro che aderiscono sono pregati di mandar la loro adesione e il loro indirizzo al dott. Arnaldo Lupi (via Babuino, 135, Roma), il quale farà conoscere a suo tempo l'ammontare della quota e la data della riunione.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI   Roma, 19 Maggio 1924   Fasc. 20

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI.

ISTITUTO DI CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA.

L'indirizzo biologico e sociale nello studio della ostetricia

Prolusione del prof. ATTILIO GENTILI.

Grande è la soddisfazione di chi dopo lunghi anni di lavoro e di vario peregrinare raggiunge la desiderata mèta, grandissima è la mia che ho la fortuna di essere accolto docente in questo antico e celebrato Ateneo, dove, se è pur vero che sovrastano i ricordi del glorioso passato, anche il presente sa imporsi per opere insigni di Maestri eminenti.

In quest'ora, alla espressione della mia più viva gratitudine verso i chiari Maestri e Colleghi che con cortese benignità mi hanno qui chiamato, mi è caro unire l'estrinsecazione di tutto quanto sento verso il venerato compianto mio predecessore che il destino ha improvvisamente travolto quando dalla mente sempre vigorosa sommo decoro poteva ancora derivare all'insegnamento e largo beneficio alle umane sofferenze.

Con questo cenno alla memoria di Ermanno Pinzani rievoco in tutti piena risonanza d'affetto (1).

Pochi uomini come Lui passarono nella vita senza che una voce dissenziente ardisse mai elevarsi contro, ed invero non poteva esservi che generalità di consensi per Colui cui fu guida il dovere e lume la bontà.

Il suo alto intelletto di scienziato e di clinico potè penetrare con sagacia e precisione in importanti argomenti della nostra disciplina e scrutare con sicurezza i più astrusi problemi diagnostici. Se a questo si aggiunge la concettosa e nitida esposizione didattica e la somma perizia operatoria, si comprende come non pochi che hanno seguito la Sua scuola, si siano più tardi sentiti capaci di affrontare i gravi cimenti della carriera scientifica o le grandi responsablità della pratica quotidiana. Fu veramente adorato dalle pazienti per la sua bontà che non conobbe limiti e nell'alta mansione che ebbe di Reggitore degli studi, questa

(1) Il prof. ERMANNO PINZANI, spentosi improvvisamente a Pisa il 27 febbraio 1923, tenne ininterrottamente l'insegnamento e la direzione della Clinica ostetrico-ginecologica dal dicembre 1895.

dote valse a renderlo assai caro ai nostri generosi giovani che ne ricordano certo con commozione la paterna, suadente parola.

Per Suo merito il nostro Istituto ostetrico-ginecologico gode di una grande reputazione nel campo scientifico, didattico, clinico ed in quello umanitario e sociale. Per tener viva questa alta tradizione, se molto d'ora innanzi difetterà, non mancheranno certo la volontà, il senso del dovere e la deferenza verso l'illuminato consiglio dei nostri stimati Maestri e dei cari Colleghi.

È ben comprensibile poi che io non possa disgiungere l'animo mio riconoscente da Colui che fu mio insigne diretto Maestro: Pasquale Sfameni è a noi tutti presente poichè la Clinica ostetrica di Pisa ne ebbe da prima la intelligente e feconda operosità e più tardi il lustro della radiosa ascensione.

Nè può infine la mia mente non fissarsi per un istante con grato ricordo sulla terra lontana che tenne occupata per molti anni la mia attività, voglio dire sulla Sardegna, degna di essere meglio conosciuta, dove la fierezza, la fedeltà, il fervore della riconoscenza, il sentimento della disciplina ed il desiderio di apprendere armonizzano col culto della ospitalità e con la religione del sacrifizio di fronte al richiamo della Patria.

***

L'ostetricia è una delle discipline certamente più antiche ma non deve parere un paradosso se io affermo che in un certo senso è una delle più recenti. È una delle più antiche poichè l'idea di offrire soccorso alla donna nel parto è istintiva, come è istintiva quella di apprestare le prime cure al neonato, imitando ciò che la natura suggerisce ai bruti.

La storia dell'ostetricia segue di pari passo lo sviluppo ed il progresso di questa vecchia arte ostetrica a cui, come è noto, l'Italia e quasi tutti gli altri stati europei, quali più quali meno, hanno portato il loro contributo. Esso fu così valido che, in non molti secoli, l'ostetricia ha trovato un assetto, non dico definitivo, chè nulla è così perfetto che non possa essere perfettibile, ma certo tale che le ulteriori conquiste, pur apportando vantaggiose innovazioni, non hanno alterato sostanzialmente le vecchie dottrine. Ma se concepiamo l'ostetricia non solamente come la parte manuale, diretta a facilitare il meccanismo del parto, vediamo allora che essa assurse alla sua piena dignità soltanto in epoche recenti.

Ramo da prima della chirurgia, come lo fu l'oculistica, sorse poi a disciplina autonoma per ritornare ad ampie connessioni col tronco originario, quando, più tardi, si fuse colla ginecologia.

Non v'è dubbio che se l'arte del parto fece fare progressi di valore apprezzabile alla ginecologia, questa riverberò, alla sua volta, nuova luce nel campo puramente ostetrico, ed io credo che, oltre alle tante ragioni da molti autori addotte, questo sia argomento da portare a sostegno della inscindibilità dei due rami, oggi ufficialmente riconosciuti costituire la vasta disciplina ostetrico-ginecologica.

Ma quando affermo che la nostra è scienza recente non alludo all'innesto della ginecologia operativa sul tronco della ostetricia, bensì all'indirizzo specialmente biologico che l'ostetricia va assumendo e per opera, diciamolo a fronte alta, specialmente di noi italiani.

Gli studi di embriologia, di anatomia patologica, di batteriologia, di sierologia, di immunologia, di fisio-patologia, di chimica-fisica da molti anni sono presso di noi giustamente apprezzati, poichè è nella coscienza collettiva ostetrica che nessun ramo delle discipline medico-biologiche è estraneo all'ostetricia; e non solo non è estraneo ma nemmeno di lusso o di semplice contorno.

L'ostetricia infatti applicò, di volta in volta, a risolvere i suoi infiniti problemi, metodi e concetti delle varie discipline, prendendo, senza invaderne il campo, quanto poteva essere utile ai proprî fini. Per limitarmi ad un solo esempio tra i molti, ricorderò come, pur di recente, si tentò di inquadrare una delle più intricate sindromi morbose del nostro campo, la eclampsia, nel gruppo di quei fenomeni biologici di ipersensibilità sui quali fissò per primo l'attenzione il nostro geniale fisiologo (2).

Ma molto si giovarono della ostetricia le altre discipline. Non è forse l'ostetricia che ha dato valore in biologia al fenomeno delle embolie cellulari prima ritenuto raro e trascurabile salvo che per le metastasi dei tumori? La penetrazione nell'organismo materno di elementi cellulari gravidici è un fatto acquisito alla scienza ed è solo questione di vedere fino a che punto può considerarsi normale ed a quale grado assuma carattere patologico. Si sa infatti che in varie condizioni atipiche, come la gravidanza extra-uterina, o schietta-

(2) Vedi: ADUCCO. *Azione più intensa della cocaina quando se ne ripete la somministrazione a pochi giorni di distanza.* Atti R. Acc. Fisiocritici, Siena, Serie IV, vol. IV, 1893.

IDEM. *Action plus intense de la cocaine quand on en répète l'administration à court intervalle.* Archives italiennes de Biol., 1894, XX, p. 32-43.

Vedi anche: C. BERTARELLI. *Pour une revendication dans l'histoire de l'immunité.* Arch. ital. de Biologie, LVII, 1912, 271-274.

mente patologiche, il fenomeno acquista una intensità oltremodo cospicua; ma senza indugiare su queste particolari condizioni, si può pensare che in un tale campo siano insensibili i punti di transizione fra lo stato normale ed il patologico. Forse in una condizione idealmente normale non vi dovrebbe essere una simile invasione. Ma anche qui, come in tante altre contingenze, la condizione normale non è che una pura astrazione. Possono bastare invero le più lievi alterazioni meccaniche — quali abnormi comunicazioni vasali tra madre e feto — ovvero fini cambiamenti del biochimismo — come la diminuzione delle sostanze difensive in genere — od un esaltamento della invadenza degli elementi in questione, a cagionare la loro presenza nel circolo generale.

Quale altra disciplina, mossa dalla ricerca dell'intimo significato del ricorrere periodico dei catameni, coordinando in ogni particolare il ciclo delle funzioni muliebri, ha, più dell'ostetricia, contribuito al concetto di ritmicità delle attività organiche, che in biologia va acquistando sempre maggiore importanza? (3).

L'Abderhalden (4), per il suo metodo geniale di prova biologica, diffuso ora in tutti i campi della medicina, mosse dal ristretto cerchio dell'ostetricia: dalla digestione o meno del tessuto placentare coagulato di fronte al siero di donne gravide e non gravide.

***

Quando ancora il mio grande Maestro De Giovanni e gli altri della sua scuola non erano venuti a portare il loro metodo antropometrico, la clinica ostetrica, prima fra tutte le altre, aveva già fatto uno studio morfologico esatto delle particolarità fisiche umane.

Dal cloasma gravidico, all'areola mammaria, alla linea fusca, alla ipertrofia del corpo tiroide, al lavorìo di apprestamento della glandola mammaria, alla distensibilità di talune articolazioni, l'ostetricia ha acquisito alla scienza una congerie di fatti dei quali taluni di immediata intuitiva altissima significazione; tali altri apparentemente indifferenti. Tutti, in ogni modo, risvegliarono l'attenzione sui problemi della reciproca influenza di organi lontani che si chiamò simpatia, si chiama influenza umorale ormonica, si chiamerà domani forse con una terminologia ancora diversa.

Molti fra i supposti risultati di azioni così dette nervose o riflesse sono condotti ora nel dominio più accessibile delle influenze umorali, come l'ipertrofia della mammella riportata al diretto stimolo di sostanze che passano in circolo.

Non dobbiamo tuttavia negare che esistano anche azioni riflesse secondo l'antico senso. Dimostrative, a questo proposito, sono le ricerche sui così detti punti genitali della mucosa nasale, e sopratutto se ne ha una riprova negli effetti, esercitati sulla contrazione uterina, dalla cocainizzazione di questi punti e di altri laringei (5).

Alla maschera della gravidanza, alla pigmentazione dell'areola, della linea onfalo-pubica, piccoli fatti apparentemente più da levatrici che da medici, si dà oggi non poco rilievo, in quanto, escluso che tali ipercromie dipendano da deposizioni di pigmento ematico (6), si tende a metterle in rapporto con cambiamenti della funzionabilità surrenale.

La importanza della tiroide in gravidanza fu richiamata da tempo fin da quando cioè se ne verificò, durante questa condizione, quasi con costanza, l'ingrossamento più o meno appariscente. Ma allora il fenomeno si rapportò a fattori meccanici, di stasi venosa mentre oggi, di fronte alla semplice constatazione che anche frammenti di questa ghiandola innestati aumentano di volume per la gravidanza, si pensa ad altre ragioni, più o meno complicate, che lungo sarebbe enumerare.

Molto più tardi si fece attenzione anche all'ipertrofia gravidica della glandola pituitaria e specialmente alle profonde modificazioni istologiche dei suoi elementi; si arrivò per tal modo alla constatazione di un organo extragenitale che assume, in determinate fasi, delle differenze sessuali fondamentali.

Con la ipertrofia della ipofisi si possono spiegare certi minuti fatti morfologici che con acume i clinici avevano osservato, ma che rimanevano senza interpretazione. Apparterrebbero ad essi il turgore del naso, delle labbra, delle mani che si constata frequentemente in gravidanza al di fuori di altre cause apprezzabili che lo spieghino. E vi si potrebbero ascrivere altresì talune modificazioni ossee, fra le quali l'accrescimento in lunghezza dello scheletro analogamente a quanto si ha negli acromegalici. Così che non sarebbe improprio

(3) Vedi: Sfameni. *La rivoluzione funzionale utero-ovarica.* Folia gynaecologica, vol. XV, fasc. 3, anno 1922.

(4) Vedi: Abderhalden. *Abwerfermente.* Berlin, Julius Spinger, 1914.

(5) Vedi: Fliess, Meyer, Mahu. Riportati da Ferroni in *Fisiopatologia della gravida.* Vallardi, 1914, p. 5.

(6) Vedi a questo proposito le ricerche di Truzzi, Viana, ecc. riferiti in Ferroni, l. c. p. 132.

parlare di una sindrome acromegaloide gravidica, nella quale sindrome si potrebbero ascrivere anche talune delle glicosurie della gravidanza e la poliuria che sorge col ripetersi delle gestazioni, tanto quella lieve e quasi abituale, come quella più imponente e più rara che riveste il carattere schiettamente patologico del diabete insipido (7). Si capisce quindi come non manchino autori che hanno dato alla gravidanza il valore di elemento predisponente all'insorgenza di una vera acromegalia. Ma non si deve dimenticare che, nelle gravidanze normali, vengono impediti profondi mutamenti della situazione ormonica dal potere regolatore di altre glandole endocrine, e fra queste la tiroide, che tendono appunto a ristabilire l'equilibrio.

Poichè ho nominato or ora il sistema osseo a proposito della sindrome che direi acromegaloide, torna opportuno rilevare come alla patologia, quanto mai intricata ed oscura di questo sistema, l'ostetricia abbia apportato ed apporti materiali scientifici essenziali. È propria infatti dello stato puerperale la più caratteristica delle malattie dello scheletro; voglio dire l'osteomalacia, di cui non si può affermare se sia maggiore l'importanza nell'ambito scientifico o nel campo pratico.

E per gli insensibili passaggi fra stato fisiologico e patologico, sui quali già ho insistito, non farà meraviglia che anche nelle gravidanze normali s'incontrino talora fatti a carico del sistema osseo — come formazioni di osteofiti — che di solito passano completamente inavvertite e costituiscono un puro reperto anatomo-patologico, ma che in qualche caso per il loro sviluppo possono cagionare disturgi più o meno gravi.

Quanto alla natura dei rapporti tra stato di maternità ed osteomalacia molto ancora v'è da studiare: la teoria parassitaria non ha raccolto generalità di consensi e rimane sempre a dimostrare perchè l'agente infettivo debba trovare in queste contingenze il suo terreno quasi esclusivo di attecchimento. Perciò le altre dottrine che ricercano in una disfunzione surrenale, ipofisaria, tiroidea, ovarica la ragione dell'insorgenza di questa malattia non perdono del loro valore; anzi è noto come in accordo con queste vedute l'ovariectomia abbia dato e dia nella osteomalacia miglioramenti efficaci e complete guarigioni. I risultati diventano poi sorprendenti se, anzichè limitarci alla pura ovariectomia, si pratica l'utero-annessiectomia (8).

Così si entra risolutamente nel concetto della reciproca influenza delle glandole endocrine: se oggi si parla di rapporti pluriglandolari e di correlazioni e interferenze endocrine, spetta anche in ciò all'ostetricia una parte notevole. In questo campo si debbono ricordare i rapporti tireo-ovarici interpretati ora come insufficienza primitiva della glandola genitale, ora come iperfunzione; i rapporti ovaro-surrenali, specialmente nei riguardi dell'aumento dei lipoidi provocato nella capsula dall'ormone ovarico, ed i numerosi legami tra le principali glandole secretive interne e la mammella.

Nè va trascurato il fatto che durante la gravidanza si sviluppano glandole temporanee — quali tutta la parte materna della placenta (9) e la glandola miometriale — e acquistano grande rigoglio diffondendosi lungi dal luogo di origine organi che fuori di gestazione appena fanno capolino intermittentemente, come la decidua che dall'utero si estende alla tuba, all'ovaio, al peritoneo, alle glandole linfatiche del bacino. Egualmente vediamo le scarse e sonnecchianti cellule interstiziali della mammella diventare numerose e dare manifesti segni di attività, nell'organo che entra in funzione.

Altre glandole assumono nella gravidanza particolare fisionomia, come si è visto per l'ipofisi. Le rimanenti subiscono una cospicua ipertrofia.

Dal lavorio armonico dei nuovi o rinnovati organi deriva in gran parte l'equilibrio della donna gravida. Esso talvolta si altera tanto da dar luogo a quelle manifestazioni morbose così caratteristiche ed imponenti quali sono l'eclampsia, la tetania e tutte le altre che la patologia ostetrica insegna. Di regola invece è così valido che può resistere anche quando la donna sia minorata per subita asportazione di organi, pure importantissimi. In riferimento

---

(7) Vedi: GENTILI. *L'ipofisi in rapporto all'aumentata diuresi ed al così detto diabete insipido della gravidanza.* Annali di ostetricia e di ginecologia, n. 5, 1917.

(8) Vedi: GENTILI. *Alcune ricerche sulla osteomalacia puerperale con particolare riguardo dei migliori effetti curativi della asportazione utero-ovarica in confronto della semplice ovariectomia.* Annali di ostetricia e di ginecologia, n. 4, 1922.

(9) Vedi: GENTILI. I) *La decidua considerata come glandola endocrina.* Annali di ostetricia e di ginec., n. 8, 1913. — II) *Ueber die innere Sekretion der Decidua*, etc. Zentralb. für Gyn., n. 33, 1914. — III) *Indagini isto-chimiche riguardanti la funzione della decidua.* Annali di ost. e di gin., n. 2, 1916. — IV) *i lipoidi della decidua.* Annali di ostetricia e di gin., n. 7, 1916.

a ciò è bene osservare come lo studio dei fenomeni che la gravidanza induce in donne precedentemente operate di nefrectomia, di splenectomia, di più o meno estesa tiroidectomia, di gastro o entero-anastomosi, ci dà il modo di apprezzare quanto è sufficiente l'equilibrio stabilitosi in cotali condizioni.

Chiaro risulta così il contributo che anche per questa via, la clinica ostetrica può portare alla fisiologia, alla patologia generale ed alle altre cliniche. Si potrebbe anzi dire che la gravidanza ha tutto il valore di un reattivo per lo studio dell'adattamento più o meno completo dell'organismo alla asportazione o riduzione di organi. Il diverso comportamento delle donne nefrectomizzate o in generale di quelle che subirono un qualche intervento demolitore a seconda che rimasero fecondate a breve o a maggiore distanza dall'intervento stesso, ci può additare il periodo di tempo necessario all'instaurarsi di una adeguata funzione vicariante.

È pure intuitivo che nessun altro campo quanto quello ostetrico, si sarebbe potuto prestare a seguire la possibile influenza di una glandola endocrina normale o di una insufficiente o comunque alterata sullo sviluppo e sulle funzioni di una glandola della stessa natura. Si è potuto così studiare, ad esempio l'influenza dell'ipertiroidismo e dell'ipotiroidismo materno sullo stato della tiroide del feto.

Madre e feto si possono concepire come un sistema in equilibrio, risultante da due situazioni ormoniche, quella materna e quella fetale, e si conoscono dei casi in cui il feto ha supplito alla deficiente funzionalità materna, come quelli riferentisi a feti con ipertrofia tiroidea provenienti da madri affette da ipotiroidismo (10).

Si comprende come questa azione integratrice, che chiamerei compenso ormonico fetale, non sempre possa stabilirsi. La possibilità o meno di essa dipenderà da vari fattori. In prima linea è da porsi la intensità della alterazione materna che, se troppo grave, danneggerà profondamente gli organi fetali in modo che l'azione stimolatrice cederà il posto ad una influenza disorganizzatrice. Si deve poi considerare il potere di reazione del feto alla sua volta in rapporto con molteplici cause; e così avrà importanza l'epoca di gravidanza nella quale la insufficenza si manifesta, perchè, se troppo precoce, l'organo fetale che dovrebbe rispondere allo stimolo può essere ancora non adeguatamente sviluppato.

(10) Vedi FOSSATI ricordato da FERRONI, l. c., pag. 126.

In ogni modo anche sotto questo punto di vista, a proposito del quale ancora tanto vi è da fare, viene chiarito che il feto non è per la madre esclusivamente un parassita ma piuttosto un simbionte, e la gravidanza normale è un meraviglioso esempio di simbiosi, piuttosto che un particolare caso di parassitismo. E chi può assicurare che la floridezza di alcune donne gravide in contrasto con il precedente stato di misera nutrizione dipenda soltanto da fattori psichici o da un semplice eccesso di assunzione di alimenti, e non piuttosto anche da più fini meccanismi umorali? Il miglioramento verificatosi per la gravidanza in donne mixedematose conferma il valore di questo interrogativo. Niun dubbio tuttavia che se per la gravidanza nel modo or ora accennato può aversi un aumento del tono fisiologico, più di frequente si osserva, durante il suo decorso o nel periodo di puerperio, lo scoppio o la rivelazione di sindromi morbose di varia natura. Non starò a ricordare i fatti a tutti noti delle condizioni favorevoli che appunto nella gravidanza e nel puerperio si hanno per la litiasi biliare, per l'ittero benigno o grave, per svariate forme di anemia per l'aggravarsi di fatti tubercolari, di turbe renali, di cardiopatie; si tratta di fatti oramai classici, per quanto per alcuni di essi solo recentemente si sia cominciato a penetrarne l'intimo significato: così è solo da poco che si è messa in rapporto la colelitiasi non solo col fatto meccanico di ostacolato deflusso della bile, ma altresì colla ipercolesterinemia.

In gravidanza, accanto all'aumento indubbio della colesterina si nota pure quello dei lipoidi in genere e dei grassi comuni, così che si deve parlare di una colesterinemia, lipoidemia, e lipemia gravidica. Le due prime condizioni sono da attribuirsi all'esaltamento dell'attività lipoido-genetica che si osserva in molte glandole a secrezione interna nella donna gravida.

Anche per altre ragioni attinenti al ricambio si è invocata la maggior produzione dei grassi e dei lipoidi, e su di essi si fondano alcuni dei più eleganti metodi di diagnosi biologica della gravidanza fra i quali uno dei più noti è quello di Neumann ed Hermann, cui potrei aggiungere quello della flocculazione alla Meinicke di recente portato nel campo ostetrico (11.)

Mi dilungherei troppo se volessi trattare di

(11) Vedi: GENTILI. *Sulla possibilità di applicare i concetti della reazione di Meinicke alla diagnosi biologica di gravidanza.* Lo Sperimentale, fasc. IV-VI, 1922.

tutti gli argomenti di medicina generale ai quali l'ostetricia ha recato alimento. Desidero solo dire dell'importante contributo portato al secolare ma sempre vivo problema della natura della febbre, fenomeno nodale ed oscuro in cui convergono gran parte dei processi morbosi. L'ostetricia infatti con le proprie osservazioni riuscì in passato alla dimostrazione, quanto mai benefica per gli orizzonti che ha aperto, della natura infettiva delle febbri puerperali e recentemente fissò meglio il concetto delle febbri asettiche. A quest'ultimo proposito si possono citare le ipertermie che si verificano talora nei travagli prolungati e resi comunque più difficili dell'ordinario per una causa qualsiasi di ostacolo alla espulsione del feto, evidentemente da attribuirsi ad un maggior lavoro muscolare. Entra in questo novero anche l'ipertermia da montata lattea da mettersi in rapporto col riassorbimento di sostanze elaborate dalla mammella. Di tale riassorbimento mammario si ha una prova nella lattosuria constatata spesso nella gravida e specialmente nella puerpera. E se dal lattosio, che è il componente latteo maggiormente studiato, dirigiamo la nostra attenzione alle sostanze proteiche e rammentiamo le esperienze sul potere pirogeno del colostro (12), contribuiamo a lumeggiare l'azione delle sostanze proteiche iniettate nell'organismo su cui si fonda oggi l'interessante capitolo della proteino-terapia.

È del tutto superfluo poi che io mi soffermi a dimostrare come questo vasto movimento di indirizzo biologico non abbia importanza unicamente dal punto di vista dottrinale, ma altresì per le applicazioni terapeutiche. Ricordo soltanto i sorprendenti effetti, di cui ho dianzi parlato, della demolizione utero-ovarica nell'osteomalacia (8), la utilità che in buone mani può fornire la pituitrina, il valore che potrà acquistare il lipoide attivo estratto dalla decidua (9-IV), la possibilità di evitare alcune forme di aborto colla somministrazione di tiroide.

***

Coll'indirizzo biologico della moderna ostetricia non sta poi in alcun contrasto un altro indirizzo importantissimo come quello che ha intenti sociali.

L'ostetricia, ha sempre avuto il più alto contenuto sociale in quanto la sua meta è di assicurare alla collettività la conservazione della madre e la felice nascita di un nuovo essere.

In rapporto con questo caratteristico intento si dispongono come a costellazione tutti gli altri particolari argomenti di quella che appunto si chiama ostetricia sociale. L'influenza delle varie professioni della madre sulla fecondità, sull'andamento della gestazione, sulla vitalità del feto è un problema che si riannoda in gran parte all'indirizzo biologico, in quanto se il metodo statistico ci fornisce i dati numerici in proposito, soltanto l'indagine scientifica potrà spiegare le ragioni fondamentali per cui quel dato lavoro esercita quella determinata influenza.

Infatti le indagini sul potere coibente e disintossicante della placenta per certe sostanze tossiche, in confronto alla sua permeabilità per altre, può renderci ragione degli effetti diversi che le varie professioni, in cui si maneggiano vari veleni, esercitano sulla natalità.

Così i grandi veleni sociali di cui è prototipo l'alcool hanno dato l'eccitamento a molteplici ricerche in questo campo (13) e continuo è lo scambio tra la statistica demografica ed il laboratorio.

Se intento dell'ostetricia è quello di conservare la vita della madre e di render possibile la nascita di nuovi esseri vitali, chiaro è senz'altro come il grave problema della necessità della interruzione di gravidanza — quando si trovi in conflitto la vita della donna con quella del nuovo essere — è un problema essenzialmente ostetrico. Come è un problema ostetrico quello che è diretto ad ottenere appunto valida la vitalità e la resistenza del feto, cioè quello che si chiama da vari lustri: «puericultura intrauterina» che alla sua volta non è che un capitolo della nuovissima eugenica, con tutte le questioni relative all'ereditarietà a cui l'arte nostra da secoli ha fornito e tuttora fornisce i più ampi materiali.

Nè l'ostetricia può restare indifferente alla discussione sull'allargamento delle indicazioni dell'aborto per ragioni d'indole strettamente eugenica e sociale — allargamento al quale io personalmente mi sento contrario — ma di cui riconosco tutta la importanza messa specialmente in luce nelle brutalità della recente guerra.

E poichè se esiste un aborto medico esiste purtroppo anche un aborto criminoso, noi ostetrici che siamo al contatto delle infinite miserie delle sedotte e delle illegittime, che dànno il massimo contingente al reato di aborto, non dobbiamo considerare come da noi estraneo il problema della profilassi dell'aborto e dell'infanticidio. Anzi spetta a noi il promuovere quelle forme di assistenza delle gravide e delle puerpere illegittime che più di ogni azione penale possono valere a prevenire questi de-

(12) Vedi: MIRTO, citato da FERRONI, l. c.

(13) Vedi fra altro GENTILI. *Alcoolismo e gravidanza*. Annali di ost. e gin., n. 9, 1911.

litti sociali. Accanto ad essi non vanno taciuti quelli pur deplorevoli che si commettevano nei brefotrofi, con spaventose percentuali di mortalità causate da certe forme di allattamento artificiale che l'ostetricia e la moderna pediatria hanno collocato in tutta la loro triste luce. Perciò è per me una delle più vive compiacenze quella di aver potuto a Sassari, con adatte provvidenze, far diminuire la mortalità dei trovatelli in misura assai rilevante e ottenere percentuali altissime di riconoscimenti materni (14).

Anche la questione della ricerca della paternità non può lasciarci agnostici, poichè se ad altre discipline riguarda il dare ad essa basi giuridiche, credo, che spetti all'ostetricia la messa in essere di una parte almeno dei principî sui quali poggia la risoluzione pratica del problema.

***

La ristrettezza del tempo non mi ha concesso di illustrare largamente i complessi e gravi argomenti da me toccati con tutta brevità. Ma questi rapidi cenni mi paiono più che sufficienti alla dimostrazione, che mi ero prefisso, dell'importanza nella moderna ostetricia di un indirizzo biologico e che sappia conciliarsi con gl'intenti sociali che noi tutti vogliamo perseguire.

Nella mia scuola questo indirizzo dottrinale ed investigativo fornirà quindi solida base alla trattazione dei vari argomenti, ma non potrà costituirne la parte esclusiva, e sarà dato largo posto anche all'indirizzo classico.

Al contatto quotidiano di problemi clinici richiedenti soluzioni rapide emerge evidente questa necessità, nè io posso dimenticare i fini immediatamente pratici del mio insegnamento, così che la più brillante concezione chimica-fisica o umorale non varrebbe a sostituire l'esatto studio del meccanismo del parto o di una corretta applicazione di forcipe. Ma l'una cosa può ben conciliarsi con l'altra: infatti la teoria di oggi è la pratica del domani.

Giovani egregi,

Con affetto e con fede mi dedicherò tutto alla vostra educazione clinica e mi auguro che la legittima vostra aspettazione possa essere appagata. Ma anche Voi concedetemi la vostra attività, il vostro entusiasmo ravvivatore e così mi darete modo di contribuire a farvi diventare non dei sognatori teorici, ma degli ottimi pratici, capaci di giovare all'umanità.

Di noi non resta che il bene che facciamo, tutto il resto è episodio fuggente.

(14) Vedi: GENTILI. *Per la prole illegittima.* Gazzetta italiana delle levatrici, n. 12, 1923.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

NUOVO OSPEDALE DI TORINO.
Direttore: Prof. ENRICO MARTINI.

Sopra un caso di flemmone del dorso scambiato per molto tempo con un reumatismo muscolare

per il dott. FRANCESCO VIOLA,
assistente volontario.

Foruncoli, paterecci, escoriazioni o comunque soluzioni di continuo della mano e del piede possono immettere nella corrente linfatica i batteri e le loro tossine e questi procedere o fermarsi nelle stazioni linfatiche della regione.

Nelle vie linfatiche l'organismo ingaggia una lotta contro i microrganismi e reagisce con l'infiammazione.

La linfangite quindi non è già una malattia locale ma generale perchè accanto ai sintomi proprii di essa si manifesta tutto il corteo sintomatico della penetrazione in circolo del materiale infetto: febbre, brividi e alterazioni più o meno gravi dello stato generale.

Ma dai vasi linfatici possono i germi e le loro tossine procedere e raggiungere le stazioni linfatiche viciniori. Nella maggioranza dei casi la linfoadenite è preceduta dalla linfangite mentre in casi più rari si può constatare l'infiammazione delle ghiandole linfatiche senza che i germi percorrendo in vasi linfatici abbiano provocato in essi alcuna patente reazione infiammatoria.

Così avviene nell'infiammazione acuta dei gangli ascellari la quale regredisce appena la porta d'ingresso del virus infettivo vien sottoposta a trattamento adeguato.

Se per l'opposto l'infiammazione non si arresta e tutto il pacco ghiandolare o singole ghiandole si tumefanno possono sorgere differenti e gravi pericoli a causa appunto della posizione anatomica dei gangli stessi.

La affezione delle linfoghiandole ascellari sono in clinica abbastanza frequenti e ciò si spiega agevolmente se si pensa che tra i linfatici afferenti di tali ghiandole, che sono tra le più importanti e numerose di tutta l'economia, (15-16) si trovano:

1) *il gruppo brachiale*: che riceve quasi tutti i linfatici superficiali e profondi dall'arto superiore e che fa capo a poche ghiandole (4-5) disposte sulla faccia mediale del fascio vascolare corrispondente alla parete laterale dell'ascella;

2) *il gruppo toracico*: che riceve i linfatici della mammella nonchè della parete anteriore

e laterale del torace e della porzione sopra-ombelicale dell'addome.

Fanno capo al gruppo delle linfoghiandole dette mammarie esterne (5-6) il quale è addossato alla parete mediale e toracica dell'ascella attorno all'a. toracica laterale;

3) *il gruppo sottoscapolare*: (6-7) addossato alla parete posteriore sottoscapolare dell'ascella al quale terminano i linfatici provenienti dai tegumenti e dai muscoli della parete superiore del dorso e della regione posteriore della spalla. Esiste poi ancora un gruppo intermediario e sottoscapolare di secondaria importanza.

Buon precetto chirurgico risulta quindi che quando si è in presenza di una adenite ascellare risiedente in uno dei tre gruppi descritti si deve esplorare attentamente e più specialmente il torace, il dorso e l'arto superiore. Inversamente si deve esaminare il gruppo toracico, sottoscapolare o brachiale quando si ricercherà sulle ghiandole ascellari la ripercussione di una ferita infetta della mammella, del dorso e dell'arto superiore.

Ora l'importanza della posizione anatomica nel cavo ascellare non proviene solo dal suo immediato contatto col fascio vascolo-nervoso, ma anche del connettivo lasso di cui è tutta ripiena la cavità e dai pericoli che ne insorgono quando si tratta di gangli situati profondamente sotto ai muscoli del grande e piccolo pettorale o sopra il sottoscapolare perchè in tali evenienze gli ascessi mascherati dalla imponenza delle masse muscolari soprastanti rimangono ignorati per molto tempo.

Intendo in questo caso riferirmi solo ai flemmoni acuti e non a quelli a decorso cronico di natura tubercolare o cancerosa.

I gruppi poi delle linfoghiandole ascellari sono fra loro uniti da numerose anastomosi: così raramente si vede una lesione localizzata ad uno o ad un gruppo determinato di esse.

In genere sono invase le une dopo le altre, in maniera più o meno cospicua. Però è d'uopo ricordare che i vasi afferenti provenienti da uno dei territori più sopra menzionati (toracico, dorsale, brachiale) possono far capo abbastanza sovente ad un gruppo di linfoghiandole diverso da quello a cui normalmente dovrebbero portarsi evitando il gruppo di ghiandole intercalari o dando in esse reazioni infiammatorie trascurabili.

Così un foruncolo o una soluzione di continuo infetta del dorso può infiammare direttamente le ghiandole sopraclavicolari senza che le ghiandole ascellari propriamente dette ne abbiano risentimento.

Alla stessa guisa può un patereccio o una lesione qualunque della mano, dell'antibraccio o del braccio, produrre un ascesso, un flemmone del dorso o il cosidetto flemmone sottopettorale (situato nel prolungamento che la cavità ascellare fa tra la parete anteriore del torace ed il muscolo gran pettorale) senza reazione infiammatoria del gruppo delle linfoghiandole brachiali e neppure di altro gruppo intermedio o intercalare.

Di conseguenza è necessario quando si ricercano gli effetti di una lesione sulle linfoghiandole di non limitarsi ad esaminare un determinato gruppo di questi organi ma di esplorare metodicamente e successivamente tutti i gruppi ascellari.

Così per contrapposto di fronte ad una infezione ad un territorio linfatico sarà d'uopo di ricercare la lesione iniziale originaria.

Dato che l'ascella è ripiena di connettivo lasso, di fascie o di muscoli, non solo può una lesione da un dato territorio per mezzo di vasi afferenti linfatici non portarsi al gruppo linfoghiandolare corrispondente ma può sviluppandosi un ascesso, migrare questo, scollando fascie e muscoli, attraverso il connettivo lasso in regioni alquanto distanti dal primitivo luogo di suppurazione e tale per la sua situazione anatomica di non fare neppure ricorrere col pensiero ad esso.

Il caso che presento e che ho avuto occasione di osservare all'Ospedale Nuovo è appunto uno di questi:

N. N., d'anni 45, contadino, proviene da un paesetto nelle vicinanze di Torino. Entra in questa divisione chirurgica verso la metà del febbraio 1922. Riferisce di essere ammalato da più di venti giorni con febbre, malessere generale e dolore all'emitorace destro. La malattia pare si sia iniziata lentamente con qualche brivido e dolori vaganti. Fu curato sempre dal medico locale per reumatalgia (o nevralgia?) con cerotti, empiastri, antipiretici ecc. ecc.

Non accennando la malattia a guarire anzi la febbre persistendo sempre più alta ed il dolore più cupo e gravativo con aggravamento del malessere generale decise di ricoverarsi in questo Ospedale.

Nulla degno di rilievo nell'anamnesi famigliare e personale tanto prossima che remota.

Status praesens: individuo di scheletro regolare; masse muscolari ipotrofiche ed ipotoniche, pannicolo adiposo scarso. Sensorio obnubilato. Decubito di preferenza laterale sinistro. Angolo del Louis sporgente. Torace longilineo. Angolo epigastrico acuto. Colorito della cute e delle mucose visibili pallido. Nulla si riscontra nei diversi apparati. Addome lievemente meteorico ma abbastanza trattabile ed indolente. Fegato e milza impalpabili. Lingua patinosa. Presenta al dorso e precisamente sotto l'angolo inferiore della scapola una zona di cute larga quanto il palmo di una mano di

adulto lievemente, bombé ed alquanto lucente a luce riflessa. Detta intumescenza che non è rilevata più di pochi centimetri e che degrada sensibilmente alla periferia sarebbe certamente sfuggita ad un esame superficiale e poco attento. Esiste il segno della plica. La cute che la sovrasta è di colore normale. Lieve pastosità dolorosa. Fluttuazione profonda (?) T. 39,4; polso 100 ritmico; respiro 26.

Si trattava evidentemente di un flemmone del dorso nella fase di colliquazione purulenta il quale per la sua anormale ubicazione e per la sua profondità era sfuggito per lungo tempo ad una osservazione superficiale e poco intelligente. Proseguendo ad un diligente esame dell'ammalato il prof. Martini riuscì a scoprire sul polpastrello dell'indice destro una cicatrice bianca della dimensione di un chicco di frumento. Interrogato in proposito l'a. questi raccontò che alcuni giorni prima di ammalarsi si era ivi prodotto inavvertitamente con un chiodo arrugginito una piccola abrasione sanguinante e poco dolente che guarì in alcuni giorni ed alla quale egli non diede alcuna importanza e che avrebbe sempre taciuto se non fosse stato interrogato in proposito.

Pare che in seguito non gli abbia dato alcuna sensazione molesta; solo al cavo ascellare omonimo, ora ricorda, risentì per alcuni giorni un senso di tensione e di prurito. Questo dal canto suo si presenta completamente normale. Il prof. Martini con una incisione lunga circa 10 cm. parallela alla direzione delle coste e sul maggior asse della tumefazione, dopo aver inciso cute e fascia riuscì facilmente ad evacuare circa mezzo litro di pus tenue e fluido, di color giallastro e di scarso odore, situato sopra il latissimus dorsi, sotto l'angolo inferiore della scapola e che infiltrava i tessuti vicini. Drenaggio con garza sterile che si rinnovò ogni due giorni. La guarigione si ottenne dopo poche medicazioni e l'a. completamente sfebbrato e ristabilito potè lasciare definitivamente l'Ospedale dopo solo quindici giorni.

Ora ciò che è pure importante in questo caso è di stabilire la via anatomica percorsa dall'infezione per giungere al dorso.

Dal dito, sede dell'abrasione, senza traccie di linfangite e senza l'intermediario del gruppo delle linfoghiandole brachiali, al quale generalmente fanno capo i linfatici dell'arto superiore, i batteri e le loro tossine si sono stabiliti direttamente sul gruppo sottoscapolare e più precisamente non alle linfoghiandole addossate alla parete posteriore o sottoscapolare dell'ascella, ma al gruppo che l'Oelsner loro annette, cioè quello composto di due o tre linfoghiandole situate quasi costantemente sulla faccia dorsale della scapola in prossimità del suo angolo inferiore, nel solco che separa il grande dal piccolo rotondo.

Stabilitasi la fusione purulenta di queste linfoghiandole, il pus si è fatto strada attraverso il triangolo omo-tricipitale (formato in alto dal muscolo piccolo ed in basso dal grande rotondo e lateralmente dal lungo capo del tricipite), ed ha invaso la regione scapolare inferiore dapprima e dorsale poi, sotto l'angolo inferiore della scapola ed al disopra del muscolo grande dorsale. Questa è infatti la via di passaggio che seguono le raccolte purulente e che mettono in comunicazione la regione scapolare e dorsale con quella ascellare e deltoidea profonda.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

R. ISTITUTO DI RADIOLOGIA ED ELETTROTERAPIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. FRANCESCO GHILARDUCCI.

Un metodo semplice d'applicazione degli apparecchi radioattivi sotto la volta faringea.

NOTA DEL dott. LUIGI CAPPELLI,
aiuto alla Cattedra.

Accade talora in Radiumterapia di trovarci nella impossibilità di eseguire qualche applicazione utilissima, per difficoltà tecniche inerenti per lo più alla speciale conformazione anatomica e topografica della regione. Molte di queste difficoltà hanno trovato adeguata soluzione, quando si pensò di infiggere gli apparecchi (aghi, tubi) direttamente nella compagine dei tessuti, ottenendosi in tal modo l'adattamento e la stabilità degli apparecchi medesimi in rapporto alla lesione, non che una migliore utilizzazione dell'energia radioattiva da essi emanante. Può tuttavia darsi il caso, in cui l'infissione sia fuor di luogo o impossibile ad eseguirsi, mentre indicatissima si presenti invece l'eventualità di un'applicazione a piatto e in superficie. E spesso appunto a questa indicazione si è costretti ad ottemperar difettosamente o ci si deve rinunciare del tutto.

Una tale difficoltà pratica io ho incontrato, per esempio, nella cura dei tumori intracranici, situati sulla sella o nei seni sfenoidali.

La tecnica d'applicazione esterna non offre speciali particolarità. Si usa, in genere, applicare dei potenti apparecchi ben filtrati (1 mm. di Platino o 2 mm. di Piombo) a metà della linea trago-coda del sopracciglio, bilateralmente. A questi apparecchi di precetto se ne possono aggiungere altri sulla glabella, sulle bozze frontali, sulla volta cranica, all'occipite, ecc., secondo l'estensione e l'indicazione clinica del processo morboso. Ma è ovvio che in tal modo si resta sempre parecchi centimetri lontani dal focolaio patologico. Un apparecchio applicato su metà linea congiungente il trago con la coda del sopracciglio, ad esempio, dista, calcolando anche lo spessore del

filtro per le radiazioni secondarie (cm. 1-1,5) circa 8-9 centimetri dalla regione sellare. Il che certo non è di vantaggio per la cura.

Ovvia si presentò, adunque, l'indicazione di applicare un apparecchio radioattivo sotto la volta faringea. Ben si comprende che un simile procedimento porta la sorgente radiogena proprio sotto il corpo dello sfenoide, a pochi millimetri dai seni e ad uno o due centimetri, o giù di lì, dall'incavo della sella.

Ma come raggiungere l'intento?

Si pensò da taluno di costruire appositi supporti che, dall'interno della bocca, girando attorno al palato molle sostenessero l'apparecchio radioattivo sotto la cupola faringea. Confesso candidamente che mai in pratica mi è riuscito di render tollerabili ai pazienti strumenti siffatti.

Più semplice si presentò invece adire la via nasale. Introdotto un apparecchio nell'interno e all'estremità d'una sonda di gomma molle, si fa penetrar questa attraverso una narice, fino a che si senta urtare contro la parete posteriore del faringe. Un tal metodo, ottimo e semplicissimo, ha però a suo carico diverse mende. Anzitutto costringe a passare per la coana tutto l'apparecchio radiante con i suoi involucri di filtrazione, e spesso la fossa nasale, ridotta di calibro, tanto non concede. In secondo luogo mantiene l'apparecchio radioattivo nel senso anteroposteriore, mentre sarebbe più opportuno tenerlo *in situ* secondo una linea parallela all'asse bitemporale, che è l'asse di maggior lunghezza della volta retrobuccale. Infine un apparecchio così disposto può subire facili spostamenti, per incurvamento in basso della sonda verso la bocca del faringe, agevolato in questo dalla gravità e dalla topografia regionale, o può esser portato a rientrare in parte nell'orificio posteriore della coana.

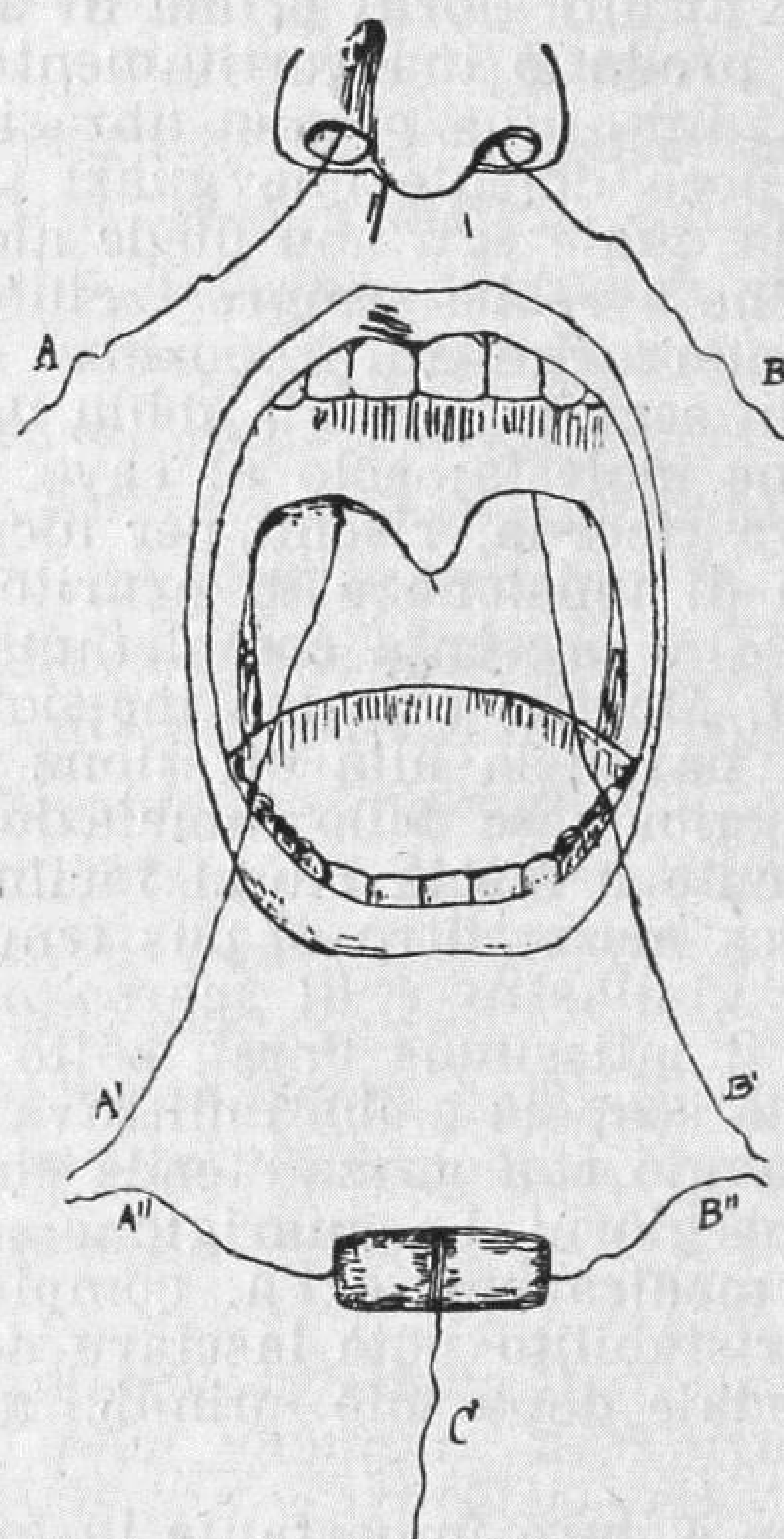
L'insieme di queste considerazioni m'indusse a tentare un altro metodo semplicissimo, risultatomi in pratica comodo ed elegante, metodo che senz'altro passo a descrivere, ritenendo che possa riuscire utile nelle applicazioni curieterapiche in questa regione.

Prendo anzitutto due sonde uretrali molli e, per mezzo di un filo di ferro, specie di mandrino, fo passare nel loro lume un robusto filo di seta, avendo cura che i suoi capi fuoriescano abbondantemente dalle estremità libere delle sonde medesime.

Ciò fatto, cocainizzo generosamente con un polverizzatore le vie nasali e la retrobocca.

Preparo quindi l'apparecchio radioattivo (tubo) con i suoi filtri: primario (se occorre) e secondario, lo assicuro con un robusto filo di seta lungamente eccedente alle sue estremità (v. figura), e legato nel mezzo con altro filo lungo quanto occorre per lo scopo che ora dirò.

Quando tutto è così disposto, introduco le sonde, spalmate di glicerina, per le vie nasali e, fatta aprire ampiamente la bocca al malato, mentre gli traggo in fuori la lingua, afferrata con le dita della mano sinistra protette da garza, lo invito (anche se tracheotomizzato) ad emettere un *a* prolungato. In tal modo, col sollevarsi del velopendolo, vien messa bene in evidenza la cavità della retrobocca. Con la destra, allora, armata di lunghe pinze, afferro una ad una le estremità delle due sonde addossate alla parete posteriore del faringe e le porto fuori della bocca.



In questo momento ciascuna delle due sonde ha il capo superiore fuori della narice, e quello inferiore all'esterno della rima labiale. Non resta allora che afferrare i capi di ciascun filo di seta, portati dalle sonde fuori della bocca, e sfilare queste dal naso, perchè i fili sostituiscano le sonde medesime (v. figura).

Alle estremità libere dei fili uscenti dal cavo orale, congiungo solidamente quelli dell'apparecchio radioattivo (A'+A''; B'+B''). Ciò fatto, tiro *contemporaneamente e in ugual misura* i due fili uscenti dalle narici, e l'apparecchio di Radium passerà rapidamente dall'interno della bocca, dietro il velo pendolo, andando a situarsi a ridosso degli orifici posteriori delle fosse nasali, sotto la volta faringea e lungo l'asse congiungente i due condili temporo-mandibolari.

Tutta questa manovra si compie elegantemente in pochi minuti.

Per maggiore speditezza, tanto i fili che l'apparecchio possono lubrificarsi con olio di vasellina, od altro.

A tal punto, non resta che assicurare l'apparecchio. Sembrerebbe sufficiente annodare i due fili sul setto nasale. Io sconsiglio assolutamente un tal sistema. Esso espone o alla slegatura accidentale dei nodi (compiuti in modo da potersi sciogliere in secondo tempo), per eventuali bisogni del paziente di nettarsi nel frattempo il naso con frequenza; o a perdere uno dei fili medesimi, quando si sia costretti a recidere il nodo, per maggior sicucurezza costituito in maniera indissolubile, ad applicazione ultimata.

Più comodo resta invece incrociar detti fili sul setto e poi, passatili di nuovo in croce dietro la nuca, annodarli solidamente sotto il mento.

Intanto, il filo legato nel mezzo dell'apparecchio (C), e fuoriuscente dalla bocca, assicuro ad una guancia con una striscia di cerotto adesivo, dopo averlo passato e annodato intorno al padiglione dell'orecchio.

Quanto a questo filo, indispensabile per ritirar l'apparecchio ad applicazione finita, è bene che sia di seta molto robusta, perchè non venga reciso dal malato con gli atti della masticazione. Se possibile, metodo opportuno è farlo passare attraverso l'interstizio di due denti vicini, oppure dentro un tubetto di gomma.

Come pure entro due corti tubetti di gomma, introdotti nelle narici e assicurati fra loro con un punto avanti al setto, è opportuno far passare i due fili incrocianti sul setto medesimo, per evitare fatti ulcerativi a carico di questo.

Una tale applicazione è benissimo tollerata dal malato, che nel frattempo può alimentarsi liberamente.

Terminata la seduta, si afferra solidamente il filo di seta fuoriuscente dalla bocca, e, recisi o sciolti quelli incrociati dinanzi al setto nasale, si fanno scorrer questi con dolcezza, mentre si pratica su quello un'energica trazione. L'apparecchio uscirà immediatamente dalla bocca.

Qualora una delle coane fosse impermeabile, l'applicazione potrà ugualmente eseguirsi, servendosi di un filo solo passato nel modo anzidetto attraverso la fossa nasale pervia, e accompagnando l'apparecchio con le dita sin dietro il velo palatino.

Una tecnica siffatta trova indicazione non solo nelle lesioni sfenoidali e sellari, ma anche nelle neoformazioni della volta faringea, del velo pendolo, della bocca dell'esofago e del laringe, associata ad altri metodi d'irradiazione diretta. Ritengo inoltre che possa considerarsi un metodo di elezione, in quanto, per ovvie difficoltà tecniche, non sempre è possibile, o per lo meno agevole, eseguire l'infissione di apparecchi radioattivi su neoformazioni della cupola faringea, e tanto più assicurarne la stabilità se si tratti di curare lesioni dei seni sfenoidali o della regione sellare.

Quanto alle dosi, non è mio compito qui di riferirle. Esse sono affidate al criterio dello specialista, a seconda che egli, per la natura della lesione o per altre particolari circostanze, voglia preferire il metodo della dose rapida e massiva, o della lieve intensità per una lunga seduta, in omaggio al criterio della *tindalizzazione* delle cellule neoplastiche in mitosi.

COMMENTI.

In merito a eziologia e profilassi del gozzo endemico.

Riceviamo:

Torino, 17 aprile 1924.

Sig. Redattore Capo del « Policlinico »,

Nella puntata 14ª, pag. 452, del « Policlinico » (Sezione pratica) G. Pighini nell'esporre alcune sue vedute sul gozzo endemico fa la critica di una mia pubblicazione sull'argomento in modo che mi obbliga a rispondere e prego la S. V. di voler essere tanto cortese da far posto alla mia risposta.

Trascrivo le parole del Pighini: « troviamo infatti nelle tabelle del Balp che, ad esempio, in provincia di Bergamo, di Brescia, di Cremona, si hanno rispettivamente il 35, il 43, il 57, il 35 di gozzuti alle leve, a cui corrisponde un quantitativo di 26, 31, 57, 60 di bestiame per cento abitanti ».

Quattro cifre per tre provincie? Le cose stanno invece in questi termini:

Bergamo, gozzuti 43 per mille - bestiame 31 % - proprietari 8 %; Brescia, gozzuti 57 per mille - bestiame 57 % - proprietari 10 %; Cremona, gozzuti 35 per mille - bestiame 60 % - proprietari 5 %.

Così rimesse a posto le cifre sono, come si vede, tali da permettere confronti istruttivi fra gozzuti, bestiame e proprietari.

In quanto alla quarta coppia di cifre del Pighini non si sa donde vengano.

Nel citare le cifre delle provincie emiliane Pighini è esatto: sente però il bisogno di spezzare una lancia in pro' di quella « *povera scienza statistica* » che io avrei cercato di svalorizzare con illazioni inverosimili: tace le spiega-

se non dopo un'accurata percussione o dopo che i raggi X ci abbiano dato i giusti limiti del versamento.

Il cuore nel periodo di compenso. Diagnosticato un vizio organico di cuore, noi dobbiamo vedere la capacità di resistenza del muscolo cardiaco, su cui ci può illuminare la storia dell'ammalato più che le prove per l'energia di riserva e la capacità agli sforzi, date le grandi variazioni individuali. Le nostre mire debbono essere dirette a mantenere una buona nutrizione del miocardio, a cui si può arrivare mediante uno sport moderato all'aria libera, col consigliare una dieta fatta di cibi facilmente digeribili, con il tenere l'alvo sempre obbediente, con l'evitare la vita sedentaria in luoghi chiusi, le fatiche troppo rudi. Il sonno, che è un fattore indispensabile, non sarà disturbato, se la sera si anderà a letto con lo stomaco non appesantito. Le consultazioni di tanto in tanto sono consigliabili. Le infezioni intercorrenti vanno curate con sollecitudine, specialmente le bronchiti e le polmoniti, per evitare aggravii pericolosi al cuore. La digitale non è indicata, e solo quando la pressione s'abbassa e il polso diventa debolé, possono essere consentite piccole dosi di essa.

Aritmie. — Se trattasi di contrazioni premature non occorre cura alcuna nè si deve consigliare l'interruzione delle proprie occupazioni, salvo sintomi allarmanti. La digitale è inutile e solo i bromici possono avere un buon effetto, mentre talvolta basta il solo mezzo suggestivo d'una visita accurata. Nella fibrillazione auricolare però la digitale rimane il medicamento sovrano e bastano le comuni foglie sotto forma di pillole o la tintura. La chinidina, che s'è mostrata tanto efficace, è oramai abbandonata per i suoi effetti tossici e può essere somministrata solo negli ospedali, dove è possibile controllare i suoi effetti.

L'uso della digitale può essere continuato per tempo indefinito senza che il paziente abbia ad interrompere le proprie occupazioni. Nei casi di scompenso la morfina è il migliore ipnotico e la sua dose va gradatamente diminuendo con il diminuire dei sintomi allarmanti. La preoccupazione di molti per la somministrazione dell'idrato di cloralio nei casi di degenerazione del miocardio è esagerata, mentre Mackenzie l'ha a lungo adoperato, e l'A. può vantarne gli effetti buoni.

La digitale è controindicata nella forma di *auricolar flutter*, mentre nel polso alternante non gli ha dato alcun risultato. In questi casi riposo e trattamento generale. Nella tachicardia non v'è tempo per l'azione della digitale. Se essa dovesse persistere per 15 giorni, con accessi parossistici, allora ci sarebbe da sospettare una forma di aritmia.

In simili casi i pazienti ricorrono agli espedienti più strani. Stanno seduti con la testa fra le ginocchia, sdraiati bocconi, si provocano il vomito, si stringono l'addome con una fascia, mentre talvolta una pressione soprorbitale determina la cessazione immediata dell'attacco.

Disturbi cardiaci del tipo congenito e del tipo anginale (Lewis), il cui sintoma fondamentale è l'attacco asmatico.

Tipo congestivo. Istituire una terapia rapida ai primi accessi; solo così si possono evitare la cianosi, l'edema, la tosse. Se dovesse insorgere fibrillazione auricolare attenersi alle norme descritte. Il riposo a letto è fondamentale, talvolta per settimane e mesi, fino a tanto che il muscolo cardiaco non riacquisti il suo tono. Ad effetto ottenuto l'uso della digitale può essere concesso per tempo indefinito. È necessario ancora stabilire a quali sforzi della vita ordinaria può sottoporsi il paziente e questo ci sarà detto dalla storia, dagli effetti d'un dato esercizio sul cuore e sulla circolazione.

Visitare il paziente durante il periodo acuto con frequenza anche per tenerne sollevato lo spirito. La stricnina è molto adoperata; ma l'A. non ha potuto constatarne che effetti scarsi. La teocina può essere indicata per la diuresi. La dieta deve essere leggiera e di facile digeribilità. Negli individui obesi una diminuzione graduale di peso è indispensabile. A cura finita visitare di tanto in tanto il paziente e farlo stare in guardia contro tutte le possibili cause nocive.

Tipo anginale. Riposo, determinazione del potere di resistenza, cibi facilmente digeribili, il sonno mediante gl'ipnotici, l'uso della trinitrina sotto le diverse forme. Si sa di che sollievo è per il paziente il troncare rapidamente un attacco.

Dalla digitale come tonico non ho avuto mai degli effetti buoni.

Nei bambini si può avere come un senso di costrizione cardiaca, dovuto a disordini dietetici. L'eliminazione della causa ne determina la cessazione.

Spesso la causa è dovuta all'uso esagerato del tabacco; la soppressione di questo, apporta, in tempo più o meno lungo, agli effetti desiderati.

COLISTRO.

CHIRURGIA.

L'anestesia epidurale.

(PIERRE MOCQUOT. *Revue de Chirurgie*, 1924, n. 2, p. 121).

Il procedimento fu immaginato da Sicard e Cathelin nel 1901; nelle prime prove fu usato il cloridrato di cocaina in soluz. al 1-2% di cui se ne iniettavano da 1 a 4 cent. cub.; si ottennero solo delle ipoestesie, ma non delle anestesie che permettessero un vero e proprio atto operativo. Il metodo fu abbandonato. Soltanto dopo la scoperta di sostanze anestetiche ottenute per sintesi e meno tossiche della cocaina, fu ripreso l'uso della iniezione epidurale, e fu Stoeckel in Germania che nel 1909 ebbe l'idea di provarla per diminuire la sensibilità dell'utero ed alleviare i dolori del parto. Iniettò ad una primipara in travaglio 5 cent. cub. della soluzione di novocaina-adrenalina usata per la anestesia lombare, ottenendo l'effeto desiderato. Stoeckel sperimentò il metodo in 141 casi, con buon risultato.

Nel 1910 Laewen stabilì le regole per l'anestesia epidurale chirurgica: usò la soluzione di novocaina associata al bicarbonato di sodio, poichè ricerche sperimentali di Gros dimostrarono che con questa associazione si otteneva una maggiore azione anestetizzante; e sostenne la necessità di limitare l'impiego dell'iniezione epidurale, ad ottenere l'anestesia nel campo dei soli nervi sacrali (*anestesie basse*), contrariamente a quegli operatori, tra cui Schlimpert e Schneider, che iniettando forti quantità di novocaina (fino a 80 centigr. e anche 1 gr.) e mantenendo il paziente per un po' di tempo in posizione declive (bacino più elevato del torace) mirarono ad ottenere l'anestesia di tutto l'addome, per praticare, come difatti praticarono, isterectomie, nefrectomie, colecistectomie, ecc. (*anestesie alte*). Il risultato in queste anestesie estese non fu costante, malgrado che all'iniezione epidurale avessero fatto precedere somministrazione di ipnotici (veronal e iniezione sottocutanea di morfina-scopolamina): sopra 93 casi, in 27 l'anestesia fu incompleta e in 7 mancò del tutto.

Dopo il 1911 il metodo della anestesia epidurale fu molto adoperato in Germania, sia con la tecnica prudente e più sicura di Laewen, sia con quella ardita ma più pericolosa di Schlimpert e Schneider; passò quindi in America dove anche oggidì è abbastanza usato; invece in Francia, in tutti i tempi, non fu praticato che scarsamente. Nel 1921 Chevassu e Rathery nella loro relazione all'*Association française d'Urologie*, furono contrari all'impiego della anestesia epidurale, sostenendo che gli insuccessi sono numerosi, tutt'altro che rari gli accidenti gravi e che talora si sono verificati anche casi di morte.

Il Mocquot ha sperimentato nell'Ospedale Cochin, con risultato favorevole, l'anestesia epidurale, con novocaina usando dosi e tecnica indicate da Laewen. Sopra 54 casi, ebbe tre volte anestesie incomplete; quattro volte insuccesso totale, dovuto al fatto di non essere riuscito a penetrare nel canale sacrale; negli altri casi l'anestesia fu buona e permise di praticare operazioni perineali, sull'ano e sul retto, ed operazioni ginecologiche per via vaginale. In nessun caso si sono verificati spiacevoli incidenti: in due casi soltanto si notarono lievi e fugaci disturbi (pallore, senso di nausea, vomito leggero, crisi di eccitazione).

Che pensare dunque degli accidenti, anche gravi, descritti da altri, come conseguenza della anestesia epidurale? Furono notati: rallentamento del polso con aumento della tensione arteriosa, pallore, vomito, vertigini, sete ardente, perdita di feci e urine, midriasi, cianosi, arresto del respiro, spasmi, crisi epilettiformi, delirio, ecc. Si sono verificati anche casi di morte: Frensberg in Germania, sopra 4200 anestesie epidurali, delle quali 3450 fatte con novocaina, ha segnalato 10 morti; però Zweifel, che ha riesaminato questi fatti, ne scarta sette in cui la morte poteva essere attribuita ad altra cagione; degli altri tre, in uno la morte avvenne pochi secondi dopo la iniezione, nel secondo dopo sette minuti e nel terzo dopo 10, e in due di questi casi, fu riconosciuto che l'ago aveva punto il sacco durale, di modo che la sostanza anestetica tutta o in parte vi era penetrata. La dose di novocaina usata fu da 80 a 90 centigr. e preventivamente erano stati somministrati degli ipnotici (veronal e morfina-scopolamina). Altri casi di morte sono stati riferiti da Eymer, Kappis, Fischer e Schuster.

I disturbi non gravi consecutivi alla iniezione epidurale furono attribuiti sia al passaggio di una parte della soluzione direttamene nel sangue, in seguito all'accidentale ferita di qualche vaso, sia al troppo rapido assorbimento della soluzione stessa: disturbi simili furono osservati anche dopo le anestesie locali e regionali. È però da tenere presente che l'assorbimento nello spazio epidurale avviene più rapidamente che nel sottocutaneo e nei muscoli (Cathelin). Nei casi mortali, oltre la immissione della sostanza direttamente nel sangue, due altre cause furono invocate: la ferita del sacco durale per cui tutta o gran parte della sostanza si mescola col liquido cefalo-ra-

chidiano, e la quantità eccessiva di anestetico, in malati già carichi di altre sostanze ipnotiche.

In conclusione gli accidenti gravi sembrano essere stati osservati solo nelle cosidette *anestesie estradurali alte*. Secondo il Mocquot se si cerca soltanto di ottenere *anestesie basse*, per operazioni ginecologiche per via vaginale, intraperineali, e sulla parte più bassa del retto, purchè si usi di una buona tecnica, l'iniezione epidurale è sistema di anestesia sicurissimo e inoffensivo.

La tecnica della iniezione epidurale è quella proposta già da tanti anni dal Cathelin: la posizione del paziente durante la iniezione può essere il decubito laterale (Cathelin) oppure a sedere, col sacro sporgente dal bordo del tavolo e il tronco fortemente inclinato in avanti (Laewen) oppure posizione genu-pettorale (Mocquot) evitando però la posizione elevata del bacino rispetto al tronco. Bisogna prima di iniettare la soluzione assicurarsi di non aver ferito le vene e il sacco durale: non far penetrare quindi più di 3-4 cm. l'ago oltre la membrana che chiude il forame sacrale, accertarsi che l'ago è pervio e non sgocciola sangue o liquido cefalo-rachidiano. La soluzione usata dal Mocquot è la novocaina al 2% associata al bicarbonato di sodio, preparata volta per volta, pochi momenti prima dell'uso: in 30 cent. cub. di acqua distillata bollente si versano *novocaina centigr.* 60, *bic. di sodio centigr.* 15, *cloruro di sodio centigr.* 10; si lascia bollire solo pochi secondi, poichè una ebollizione prolungata decomporrebbe novocaina e bicarbonato di sodio. L'esperienza insegna che anche così la soluzione è sterile. Quando la soluzione è pronta per essere iniettata si aggiungono 6-8 gocce di adrenalina all'1 ‰. Mocquot consiglia di non sorpassare, nell'adulto, i 20 cent. cub. di soluzione cioè una dose di 40 centigr. di novocaina. L'anestesia è ottenuta in una decina di minuti.

A. CER.

Memento.

Disponiamo di alcuni esemplari del volume contenente le **Relazioni**, i **Lavori**, le **Comunicazioni, Discussioni**, ecc., del XXIX Congresso della **Società Italiana di Medicina Interna** (Roma, ottobre 1923) della cui importanza i lettori potranno accertarsene dando uno sguardo all'*Indice Generale* riportato nel foglietto incluso nel Fascicolo 13 di questa Sezione Pratica.

È un volume di pagg. XXIV-272 nell'ampio formato del nostro «Policlinico», in commercio al prezzo di L. 60, ma che i nostri abbonati riceveranno franco di porto per sole L. 48 se in Italia e per sole L. 55 se all'Estero, inviando detto importo mediante vaglia postale o con assegno bancario al Cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

CENNI BIBLIOGRAFICI

O. SEIFERT. *Die Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel,* II edizione. Un vol. in-8° di 427 pag. Curt Kabitzsch ed. Lipsia. Prezzo L. 50.

La conoscenza delle azioni accessorie di un medicamento e dei disturbi che esso può provocare è della massima importanza perchè ne stabilisce le controindicazioni e spiega i fenomeni che possono osservarsi in seguito al suo uso. Utile riesce perciò questa pubblicazione del Seifert, che riunisce in un volume i diversi rimedî, disposti per ordine alfabetico accennando alla composizione, all'azione terapeutica, alle dosi in cui vengono usati e diffondendosi particolarmente sulle azioni accessorie. Tutte le fonti vengono rigorosamente citate e sono anzi queste citazioni, quasi esclusivamente tedesche, che formano la maggior parte del volume, che può quindi essere considerato anche come un repertorio bibliografico. Una grande quantità di medicamenti è costituita da quelle specialità che i tedeschi fabbricano a getto continuo e sulle quali usano pubblicare studî anche sulle riviste mediche più accreditate.

fil.

A. PIC e S. BONNAMOUR. *Phythothérapie. Médicaments végétaux.* Un vol. in-16, di pagine 638 con 209 fig. J.-B. Baillière ed. Parigi, 1924. Prezzo Fr. 32.

Fin dalla più remota antichità le erbe fornirono la massima quantità di medicamenti, ed anche oggi, del resto, i rimedî sintetici che ci offre la chimica e quelli datici dalla siero- e vaccinoterapia sono ben lungi dal detronizzare questi medicamenti che la natura ci appresta nel suo grandioso laboratorio e che la scienza moderna può utilizzare al massimo grado.

Appunto ai medicamenti vegetali è dedicato il presente volume dei due AA., entrambi professori di terapeutica a Lione. Tenuto conto della difficoltà di una classificazione clinica o fisiologica, gli AA. hanno ritenuto più opportuno adottare quella botanica, la quale riesce anche vantaggiosa, perchè in certe famiglie vegetali, molte piante hanno fra loro una certa affinità negli effetti.

Di ogni pianta viene data la natura e l'origine, la composizione chimica, l'azione fisiologica, le indicazioni terapeutiche, il modo di somministrazione, le dosi e vengono sempre indicati i medicamenti sinergici e succedanei. Lo sviluppo dato ad ogni capitolo varia secondo la importanza della droga; ciò non toglie che di ogni pianta siano date nozioni sufficienti e complete. Pur con qualche dimenti-

canza, quale, p. es., quella del chenopodio e del crisantemo usato per la polvere insetticida, l'elenco delle piante usabili in medicina risulta assai numeroso; sarebbe opportuno che, specialmente nelle campagne, si tenesse presente la possibilità di ricorrere più spesso di quanto si fa alla fitoterapia, che può essere talvolta comoda ed utile. *fil.*

MARTINO G. E. *Preparati di bismuto e di antimonio proposti e studiati per la cura della sifilide.* Tesi di libera docenza (Istituto di Farmacologia sperimentale della R. Università di Torino), 1923, Torino, Tipografia Sociale Torinese.

M. in questo notevole lavoro fa anzi tutto la storia della terapia antisifilitica col bismuto (storia breve e recente la quale può dirsi incominci dal 1920 con le classiche ricerche di Sazerac e Levaditi) ed espone lo stato attuale della terapia bismutica.

Nei capitoli successivi studia l'azione fisiologica e tossica del bismuto con interessanti ricerche sperimentali ed istologiche, e riporta ben 111 osservazioni cliniche di casi di lues in vario stadio, acquisita e congenita, trattati con diversi preparati di bismuto e studiati dal punto di vista clinico ed ematologico. I capitoli successivi sono dedicati allo studio delle reazioni secondarie, immediate e a distanza, che possono verificarsi per l'uso di questi nuovi preparati, e specialmente della stomatite bismutica che è la più nota e fra le più frequente tra di esse. E dopo un breve cenno sui sali di Bi nella profilassi antisifilitica ed alcune sommarie considerazioni generali sopra alcuni preparati di questo metallo, l'A. chiude questa prima parte del suo lavoro con conclusioni in tutto favorevoli all'uso del nuovo medicamento contro la lues, specialmente nei casi di intolleranza alle cure arsenicali e mercuriali.

La seconda parte è dedicata allo studio della terapia antimoniale, condotto con lo stesso ordine e con gli stessi criteri e con conclusioni per ora sfavorevoli per quanto riguarda la sua efficacia antiluetica.

L'una e l'altra parte del lavoro sono corredate di ampia bibliografia e la prima anche di una tavola litografica.

La monografia del M. si raccomanda per la copia delle notizie, per le ricerche cliniche e sperimentali eseguite con ogni rigore scientifico e per le sobrie conclusioni, e rappresenta un contributo, in parte originale, di notevole valore alla conoscenza dei nuovi metodi di terapia antiluetica.

Edizione corretta, veste tipografica elegante.

V. MONTESANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta straordinaria del 3 febbraio 1924.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente.

Su di un caso di tumore acuto primitivo del fegato.

Prof. V. ASCOLI. — L'O. espone la storia clinica di una malata che acutamente presentò una sindrome febbrile e dolorosa del fianco destro, con rapido scadimento della nutrizione e tumefazione del fegato. L'O. discute la diagnosi clinica e pone i termini della sintomatologia differenziale con la colecistite, l'ascesso del fegato, la sifilide, l'echinococco per provare la diagnosi di tumore primitivo confermato all'autopsia.

Presenta il pezzo anatomico.

Sui rapporti tra milza e secrezione triptica del pancreas.

Prof. CARTEX. — L'O., direttore della Clinica medica di Buenos Ayres, dopo il saluto rivoltogli dal presidente prof. Ascoli, illustra due casi di splenomegalia in luetici malarici nei quali si poteva dimostrare una netta iposecrezione pancreatica. La splenoterapia organoterapica determinò un netto miglioramento della sindrome, che si accentuò con la sospensione e migliorò con la ripresa della cura stessa. L'O. ne induce un rapporto di dipendenza della secrezione triptica del pancreas con la funzione splenica, rapporto che è compito del fisiologo di chiarire esattamente nei suoi termini.

Intervento chirurgico per epitelioma della cistifellea con invasione del lobo di Riedel.

Prof. A. CHIASSERINI. — L'O. illustra un caso clinico di epitelioma della cistifellea con invasione del lobo di Riedel. L'atto operativo permise di asportare la cistifellea e la zona epatica colpita dal tumore.

Il prof. ARCANGELI ricorda un caso di cancro primitivo del fegato operato dal prof. Mazzoni, con asportazione di tutto il lobo sinistro del fegato.

Il prof. MARGARUCCI ricorda un caso analogo di sarcoma a mieloplassi della cistifellea con metastasi nel lobo di Riedel, da lui operato con asportazione della cistifellea e del parenchima epatico. Si ebbe la recidiva. La cistifellea asportata conteneva un grosso ematoma che spiegava la colica intervenuta come episodio doloroso nella storia della malata.

Il CHIASSERINI fa notare che la colica dolorosa nel suo caso trovava spiegazione in un ascesso esistente tra la cistifellea e il margine epatico.

Diagnosi differenziale tra linfoangioendotelioma polmonare miliarico e tubercolosi polmonare miliarica.

Prof. G. SABATINI. — Dall'esposizione clinica di un caso l'O. mostra le difficoltà diagnostiche tra metastasi miliariche neoplastiche del polmone e tubercolosi miliarica. Si ferma sull'importanza del-

l'incongruenza dei sintomi (Schesinger) ed esamina ad uno ad uno i segni più importanti, specialmente le pseudo-nevralgie ischiatiche.

Sull'endotelioma delle sierose e del polmone.

Dott. S. Guccione. — L'O. illustra il caso dal punto di vista anatomo-patologico concludendo per un endotelioma della pleura e del polmone.

Il prof. Arcangeli chiede la parola per fermare l'attenzione sull'importanza del tumore di milza e del fegato, dei gangli ascellari e paramammari, della febbre che suol precedere in favore della tbc. miliarica, e mette in guardia sul valore delle pseudonevralgie che si possono verificare anche nella tbc. miliarica.

Su speciali forme anatomiche della sifilide e della tubercolosi del fegato.

Dott. G. Bompiani. — L'O. illustra un caso di tubercolosi del fegato ed uno di sifilide del fegato; nota le difficoltà diagnostiche e macroscopiche di diagnosi differenziale coi tumori e si augura che anche la diagnostica biopsica possa essere di grande vantaggio ai malati.

Sulla distribuzione nell'organismo del potere glicerofosforolitico.

Prof. A. Clementi. — Espone le sue esperienze che dimostrano che il potere glicerofosforolitico è non solo proprietà dei tessuti ectodermici ma anche mesodermici.

Compressione midollare da cisti di echinococco delle vertebre: determinazione del punto della compressione coll'iniezione sottodurale di lipoiodol.

Prof. R. Alessandri. — Illustra un caso di compressione midollare da cisti di echinococco nel quale la diagnosi di natura, facile perchè si tratta di una recidiva, fu completata dalla diagnosi di esatta sede mediante una iniezione di lipoiodol. Mostra le radiografie dimostrative e presenta il malato operato in via di guarigione.

E. Grossi.

R. Accademia Peloritana.

Seguito seduta del 28 febbraio 1924.

Ricerche sperimentali sulla setticemia da streptococco nei conigli.

Battaglia F. — L'O. espone delle ricerche eseguite nel Laboratorio di Bacteriologia e Patologia comparata dell'Università di Berlino, diretto dal prof. Lubarsch.

In conigli non immunizzati ha iniettato streptococchi emolitici di due ceppi (670 e 860 dell'Istituto) coltivati in brodo-ascite ed ha notato una curva nel contenuto batterico di questi animali che per brevità, senza riportare i singoli protocolli può essere così espressa: Contenuto batterico elevato dopo quindici minuti, bassissimo dopo un'ora e mezza, quindi graduale aumento nelle 24 ore.

Dopo questo periodo di tempo o l'animale moriva oppure si aveva un irregolare alto e basso con esito in morte, con contenuto batterico degli organi (rene, milza, polmone, fegato), o con organi sterili o infine sopravvivenza.

In questi animali ha trovato battericidia del sangue anche su cocchi aggiunti; tale battericidia non presentava differenze nel suo potere nei giorni in cui il contenuto batterico del sangue era basso rispetto a quello dei giorni in cui il contenuto batterico era elevato. Da ciò conclude che il fenomeno può presentarsi in animali non immunizzati e che la immunità cinetica di Morgeurot e Abrahm non confermata da ricerche in vitro è solamente intuitiva e che non è accettabile e bisogna pensare invece che l'organismo si difende con un mezzo costantemente presente nel sangue, che tuttavia non riesce ad uccidere i bacilli annidati in organi interni, là dove essi rimangono protetti dall'azione difensiva dell'organismo invaso e anche per quelle modificazioni di essi che si palesano nelle culture col passaggio dell'accrescimento emolitico a quello del Viridans, fatto questo che spiega fra l'altro perchè siano stati finora illusori i tentativi di immunità nelle malattie da cocchi.

Occhipinti G. — *Sul canale ottico nell'uomo ed il suo contenuto.*

Struttura dei dotti salivari

(Nota presentata dal socio prof. Ciaccio).

Motta G. (*studente*). — L'O. espone il risultato di una serie di ricerche citologiche e microchimiche su i dotti così detti «escretori» delle salivari, dirette allo scopo di vedere su quali dati si possa in effetti basare la teoria ormai quasi uniformemente ammessa, cioè che a tali elementi debba spettare, oltre alla funzione meccanica di incanalare la saliva, anche una funzione secretrice.

L'O. ha potuto dimostrare:

1) che gli elementi cellulari dei dotti escretori entrano in intimo rapporto con le pareti di capillari sanguigni assai numerosi attorno ad essi;

2) che il condrioma di queste cellule ha la speciale caratteristica di esser rivestito da una «couche» lipoidea assai abbondante non legata a costituenti proteici; caratteristica che si verifica solo per un limitatissimo numero di elementi cellulari la cui funzione secretrice è fuori dubbio (cellule renali, cellule delomorfe della mucosa gastrica);

3) la presenza di vacuoli che possono essere espressione del passaggio di liquidi;

4) la presenza del citoplasma di minutissime goccioline costituite da eteri di glicerina e, in parte, da sostanze lipoidi in senso stretto.

L'O. ritiene quindi che queste osservazioni dimostrino in modo evidente esser questi elementi in notevole attività secretoria, attività che mette in rapporto con i costituenti lipoidei del citoplasma nel senso che questi fissino delle sostanze destinate ad essere eliminate con la saliva. Ritiene inoltre verosimile che alcune sostanze che si trovano nella saliva, come urea, acido urico, creatinina, solfociati alcalini, possono essere escrete attraverso queste porzioni dei dotti salivari.

Dott. S. Racchiusa.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Occlusione dell' arteria cerebellare posterior inferiore.

I. Stopford e A. Ramsbottom (*Brith. med. journ.*, 1° marzo 1924) riferiscono il seguente caso.

Un uomo di 64 anni fu colto improvvisamente da vertigine e da vampate di caldo alla metà sinistra del collo e della faccia. Non perdè la coscienza, ma si sentiva così debole da non poter camminare senza appoggio. Inghiottiva con difficoltà. La pupilla sinistra era meno ampia, ma entrambe reagivano alla luce e all'accomodazione; vi era nistagmo, specie nello sguardo a destra. Non vi era paralisi degli oculomotori, nè del facciale, nè della lingua. I sensi speciali erano normali.

Era paralizzata la metà sinistra del velo palatino, si notava anestesia termica e dolorifica nel campo di distribuzione della prima e seconda branca del trigemino a sinistra, nonchè sulla metà sinistra del palato. Sulla regione malare sinistra si notava una lieve eruzione di herpes. Analgesia termica e dolorifica si notava pure sulla metà destra del tronco, e sugli arti di destra. Gli arti di sinistra erano atassici, ma non paretici.

Mancavano i riflessi addominali, ed erano deboli i patellari.

L'esame generale faceva rilevare i segni di arteriosclerosi diffusa. La R. W. era negativa. La misura della pressione arteriosa dava Mx = 185, Mn = 120. Nel sangue vi era il 0.76 per mille di urea.

Dopo due mesi scomparvero i disturbi della motilità e dei riflessi, ma rimasero gli altri.

La brusca insorgenza dei disturbi e l'arteriosclerosi diffusa fanno subito pensare ad una sindrome di occlusione arteriosa; la sede delle lesioni nello spazio retroolivare fa precisare che l'arteria occlusa è la cerebellare posterior inferiore, la quale irrora una zona che comprende il tractus spinotalamico, il nucleo ambiguo, il nucleo dello spinale e del trigemino.

Si potrebbe pensare anche a un'occlusione della vertebrale, che irrora il tratto spinotalamico al disotto del nucleo ambiguo, ma l'interessamento di questo nucleo (disfagia) e l'assenza di paresi del tronco e degli arti, fa escludere tale ipotesi.

Ciò stabilito, gli AA. traggono anche la deduzione che la terza branca del trigemino, indenne, mette capo alla parte più alta del relativo nucleo, e che i muscoli laringei, illesi, sono innervati dalla parte più alta del nucleo ambiguo. DORIA.

Cefalea ed emicrania.

Fra le malattie che più frequente producono la cefalea sono da menzionarsi le affezioni del cranio, le malattie del cervello, dell'apparato uditivo, del naso, delle fauci, dei denti, le malattie acute febbrili, quelle del sangue, del ricambio, le nefropatie, specialmente quando danno insufficienza renale, le infezioni croniche (sifilide). Oltre a queste forme sintomatiche, esiste la cefalea detta essenziale, che non riconosce alcuna causa organica evidente. Prevale negli scolari e studiosi e colpisce dopo eccessi di lavoro intellettuale o, più raramente fisico, dopo soggiorno in aria viziata, sonno insufficiente. Non raramente la cefalea è connessa con disturbi della vista, anomalie od affezioni del cavo faringeo.

Controversa è secondo H. Curschmann (*Münch. med. Wochenschrift*, 25 genn. 1924) l'esistenza di una cefalea muscolare o miopatica, per lo più cronica, localizzata alla nuca, con indolenzimento delle inserzioni e delle masse di alcuni muscoli (sternocleido, trapezio, splenio, ecc.). Si tratterebbe probabilmente non già di una miosite reumatica primitiva, ma di un'ipertonia sistematica della muscolatura del capo e del collo, che conduce ad una lordosi del segmento cervicale colla colonna vertebrale, donde aumento di pressione endocranica.

La terapia della cefalea è essenzialmente causale; nella forma muscolare, si farà un massaggio prudente e si daranno i preparati salicilici. La cura sintomatica consiste nei soliti antineuralgici evitando in tutti i modi che il paziente si dia alla morfina.

Da differenziarsi dalla cefalea è l'emicrania, che è generalmente il prodotto di un'ereditarietà, specialmente materna. Colpisce soprattutto coloro che soggiornano in stanze chiuse ed i lavoratori cerebrali e scompare spesso, cambiando il tenore di vita. Non costituisce affatto un sintoma degenerativo. L'attacco tipico esordisce con prodromi (stanchezza, inappetenza) talora dopo un sonno profondo, in genere alle prime ore del mattino. Frequente è lo scotoma scintillante o l'oscuramento del campo visivo; rare sono le sensazioni abnormi del gusto, odorato, udito, le afasie la disfagia, ecc. Subito dopo l'aura, si manifesta il dolore di capo, dapprima unilaterale, poi coinvolgente tutto il

capo. Il dolore, martellante, trafiggente, lacerante è localizzato agli occhi, alle tempia, di raro all'occipite; spesso si ha fotofobia ed intolleranza ai rumori. Si manifesta sempre l'anoressia, quasi sempre nausea o vomito, scialorrea; più rare sono le diarree, frequente è invece la poliuria. Si nota, specialmente negli adulti, ipertensione, rara la tachicardia; non rari i fenomeni vasomotorii (spasmi vasali delle dita, delle orecchie, della retina); talora il volto è pallido. Qualche volta l'accesso è accompagnato da febbre, edema parossistico, urticaria, asma bronchiale, colica membranosa, iperidrosi, tetania, specialmente nei giovani.

La durata è varia, ma stereotipata in ogni caso, di solito 6-12 ore; raramente continua per dei giorni, chè in tal caso si deve pensare ad altra causa (uremia, tumore cerebrale, cisticercosi, isterismo). La frequenza varia da pochi accessi nella vita a parecchi in una settimana; tende ad attenuarsi nel sesso maschile con l'età e nella donna con la menopausa.

Nella diagnosi, si eviti l'errore di considerare come emicrania le forme che si sviluppano soltanto nell'età matura ed oltre; e le pseudoemicranie dei gottosi, nefritici, intossicati da alcool, nicotina, cocaina, ecc.

Per quanto riguarda la cura, si evitino le cause che sogliono provocare l'accesso (neurotossiche, odori, cibi, clima, temperatura) e si provveda ad una cura tonica generale (arsenico, ferro, chinino); sono anche utili le cure prolungate di bromici e salicilici. La cura dell'accesso consiste nella somministrazione di antineuralgici, fin dall'inizio, a cui si aggiungeranno gli impacchi caldi o freddi, la fasciatura del capo, il lapis al mentolo, il pediluvio caldo. *fil.*

Tentativi recenti per il trattamento della encefalite epidemica.

L. CHEINISSE (*Presse Médicale*, 8 dic. 1923) passa in rivista i tentativi terapeutici che sono stati applicati in questa malattia tanto scoraggiante per quanto riguarda la cura.

Medicamenti chimici. — 1) Salicilato di sodio per iniezioni endovenose. Tentate da P. Carnot in due casi. In uno (forma di corea acuta in una ragazza di 19 anni) si ottenne un miglioramento insperato con l'iniezione di g. 4,50 al giorno, in tutto 22 g. Lo stato delle vene non permise la continuazione della cura; 8 giorni dopo la guarigione, si ebbe una ricaduta mortale. Nel secondo caso, i sintomi di mesoencefalite con sonnolenza e paralisi oculari scomparvero bruscamente dopo l'iniezione di 50 g. in otto giorni; si usò da principio una concentrazione della soluzione del 50 %, poi del 10 %. All'uscita dall'ospedale, il paziente non aveva alcun sintomo. Allo scopo di impedire l'obliterazione dei segmenti venosi iniettati, è opportuno abbassare il titolo al 4 %. 2) Esametilentetramina in iniezioni endorachidee. Sono state fatte da Lehrmann, usando una soluzione all'1 % praticando 4-8 iniezioni di 4-6 cmc. ad intervalli di 2-6 giorni. Di solito non si sono avuti fenomeni reattivi importanti; solo in una bambina l'iniezione di 1/2 cmc. ha provocato reazione violenta. I risultati ottenuti sarebbero incoraggianti, almeno nelle forme acute. 3) Mercurio. Billigheimer lo ha usato per frizioni, raramente per iniezioni di salicilato. Ottenne buoni risultati nei casi acuti e subacuti, scarsi o nulli in quelli cronici, che talvolta sopportarono male la cura. 4) Tartaro stibiato per iniezioni endovenose. T. Silvestri pratica 4 serie di iniezioni rispettivamente a dosi di 2; 5; 5; 8 cmc. di una soluzione all'1 %, con 12 giorni di riposo fra 2 serie consecutive; le iniezioni si fanno a 3 giorni di intervallo. Tale trattamento ha dato buoni risultati in un caso di encefalite con sindrome parkinsoniana, ma ha fallito in un altro.

Mezzi bioterapici. — 1) Sieroterapia specifica. C. Rosenow ha preparato un siero con uno streptococco isolato dalle amigdale di encefalitici e lo ha provato in 130 malati; di questi, 48 non mostrarono risultati apprezzabili (in seguito si ebbero 19 decessi), in 2 casi acuti si ebbe aggravamento; in 85 si ebbero miglioramenti; fra questi ultimi 43, dopo un miglioramento passeggero, morirono. R. Moore non ottenne con il siero Rosenow alcun risultato. 2) Auto-sieroterapia endorachidea. Si praticano iniezioni di 10-20 cmc. ripetute a 6 giorni di intervallo. Talvolta seguono reazione intensa con accesso febbrile, dolori alle gambe, nausee, vomiti. Nei casi avanzati, la reazione è meno forte, con febbretta che continua qualche giorno. Si sono ottenuti risultati incoraggianti salvo in casi cronici, in cui si erano già stabilite lesioni degenerative. 3) Proteinoterapia. Si sono fatte iniezioni endorachidee di soluzione di caseina, allo scopo di provocare artificialmente un' infiammazione meningea, per rompere l'ostacolo della barriera emato-encefalica. *fil.*

Il trattamento della neuralgia facciale.

P. Brocq e R. Maduro (*Bull. méd.*, 3 novembre 1923) consigliano di ricorrere anzitutto all'alcoolizzazione del nervo, metodo semplice, facile e ben regolato, che assicura al malato un sollievo di parecchi mesi, dopo di che l'affezione recidiva. Le nuove alcoolizzazioni dàn-

no periodi di calma sempre più brevi, sicchè s'impone il trattamento chirurgico.

Sono state abbandonate le resezioni delle branche isolate del trigemino e lo strappamento dei grossi tronchi alla loro uscita dal cranio; rimangono ora l'estirpazione del ganglio di Gasser e la neurotomia retrogasseriana. La prima è seguìta da guarigione definitiva; essa però è un'operazione difficile, grave, a mortalità elevata, che può dare serie complicazioni, come cheratite neuroparalitica, paralisi dei muscoli oculari, facciali, masticatori.

La neurotomia retrogasseriana assicura ugualmente la guarigione radicale della neuralgia e presenta vantaggi indiscutibili; in quanto che è di esecuzione più facile, espone molto meno ad emorragie; i risultati estetici sono senza dubbio migliori e le sequele di paralisi sono del tutto eccezionali. È ad essa che si deve ricorrere quando vi sia l'indicazione dell'intervento chirurgico.

fil.

Sintomi meningitici fugaci dopo una puntura lombare.

W. Spiller e F. Payne (*Jour. A. M. A.*, 12 gennaio 1924) riferiscono il caso di un uomo di 25 anni, al quale venne praticata una puntura lombare dopo due accessi epilettici. Il liquor presentava la reazione delle globuline, e vi si contavano 4 cellule per mmc. Dopo 12 ore la temperatura divenne alta, si presentò Kernig, rigidità nucale, senso di peso alla testa ma non vera cefalea. I leucociti del sangue erano 10.000 per mmc. Dopo 18 ore dalla prima puntura una nuova puntura lombare diede esito a un liquor torbido, a pressione poco aumentata, contenente 2300 polinucleati per mmc. e rare emazie. La cultura rimase sterile.

Dopo altre 24 ore era scomparsa la febbre, i segni meningei, la leucocitosi, e il paziente si sentiva bene.

Gli AA. pensano che dai vasi ingorgati si siano avute piccole emorragie, per effetto della diminuzione di pressione dovuta alla puntura. Alle emorragie sarebbero da riportare i sintomi meningei e la febbre, mentre l'irritazione prodotta dal sangue travasato avrebbe provocato la diapedesi di numerosi leucociti.

La rapidità della comparsa e scomparsa dei fenomeni, e l'esito negativo delle culture dal liquor, escludono una fugace infezione meningea. Del resto infezioni meningee in seguito a puntura lombare sono rarissime.

DORIA.

NOTE DI TECNICA.

Colorazione delle cisti amebiche.

Scarpellini (rif. in *Pathologica*, 1° marzo 1924) consiglia il metodo seguente. Stemperare il materiale in liquido di Schweitzer diluito a 1/5, e far bollire per qualche minuto. Centrifugare e deporre un'ansata sul portaoggetti, con una goccia di glicerina a cui si è aggiunta una goccia di ematossilina acquosa a 1/200; lutare il coprioggetti con paraffina. Le cisti spiccano in celeste bruno con i nuclei che spiccano bene all'interno.

Il doppio contorno delle cisti ed altre particolarità si vedono quando si sostituisca il liquido dopo la centrifugazione con acido acetico a 0,5 %, aggiungendo dopo pochi minuti 10-15 goccie di ferrocianuro potassico a 5 %, e centrifugando nuovamente dopo agitazione.

Preparati permanenti colorati si ottengono trattando gli strisci ottenuti col materiale centrifugato, ed in seguito asciugati, ma non essiccati, con ematossilina Jansen e poi lavando per almeno un'ora ad acqua corrente in bacinella. Si passa in bagno di acetone p. una e xilolo p. 24; poi in acetone-xilolo ana ed infine in xilolo puro, lasciando 10 minuti per bagno. Si monta in balsamo puro. Il protoplasma delle cisti è colorato in giallo chiaro e dentro vi spiccano i nuclei con le granulazioni cromatiche colorate in nero.

fil.

Ricerca delle uova di elminti nelle feci.

Secondo W. Gates (*Pathologica*, 1° marzo 1924) si filtra a traverso garza una grande quantità di materiale, si centrifuga con acqua per togliere il materiale più leggero e si centrifuga nuovamente con soluzione di cloruro di sodio o meglio di calcio di peso specifico 1.250 per far venire a galla le uova praticamente libere da sedimento. Questa soluzione contiene il 28 % di cloruro di calcio secco ed il 56 % del prodotto con 6 molecole di acqua. La porzione superiore viene aspirata con una pipetta e si centrifuga nuovamente con acqua, avendosi così le uova al fondo. Dopo aspirazione dell'acqua, si agita bene il sedimento, che si versa in una piccola capsula Petri aggiungendo l'acqua di lavatura del tubo di centrifugazione, imprimendo poi alla capsula un movimento circolare che si fa grado grado diminuire lentamente, ottenendosi all'ultimo le uova radunate nel centro della capsula stessa, dove si possono osservare a piccolo ingrandimento. Oppure si possono aspirare con pipetta, portandole su portaoggetti, dove si lavano con alcool.

fil.

IGIENE.

La profilassi del vaiuolo nell'esercito italiano.

L'efficacia della vaccinazione antivaiuolosa può trovare ragione di discussione nell'ambiente civile per la difficoltà di una esatta e rigorosa applicazione e per le cifre e statistiche riportate, le quali parlano sempre il linguaggio di chi le osserva. Diverse sono invece le condizioni per l'esercito, in cui di ogni individuo si tiene esattamente conto, si hanno statistiche rigorose ed inoppugnabili, e si praticano le vaccinazioni su tutti gli individui. Di fatto le reclute, non appena chiamate alle armi, sono sottoposte a vaccinazione e, nel caso di esito negativo, alla rivaccinazione; così per i richiamati e per le persone che prendono dimora od impiego stabile nei quartieri. Nel caso poi di minacciante epidemia vaiuolosa, la vaccinazione, quando si ritenga necessario, viene sollecitamente ripetuta per tutti. Quando poi si manifesti un caso i vaiuolo si applicano rigorosamente le norme di isolamento e di disinfezione.

È con questi mezzi che l'Esercito nostro ha potuto mantenersi quasi immune dal vaiuolo anche in tempi di epidemia. Le statistiche riportate da G. Memmo (*Giorn. di medicina militare*, 1° febbr. 1924) dimostrano di fatto che durante l'accensione epidemica del 1901-1906 i casi di vaiuolo furono nei militari solo del 0.2-0.5 per 1,000 di forza e nella grave epidemia del 1918-1921 furono solo del 0.1-0.2, mentre non si ebbe nessun caso nel 1908, negli anni dal 1915-1917 e nel 1922. Questo fatto, che l'esercito non ha per nulla o ben poco risentito i pericoli di contaggio dell'ambiente borghese, dimostra ad un tempo la buona organizzazione dell'Esercito sotto tale rapporto e l'indiscussa efficacia della vaccinazione praticata a dovere, e ci addita quindi che la via da seguirsi nella profilassi antivaiuolosa non deve discostarsi da quella attualmente seguìta e che molto può e deve contare sulla vaccinazione. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Complicazioni della poliartrite acuta dei bambini. — All'abb. n. 10483:

Sono rare le complicazioni polmonari. Tra quelle a carico delle sierose è relativamente frequente la pericardite, più rara la pleurite. L'esistenza di lesioni peritoneali e meningee (indispensabile la puntura lombare) farebbe sospettare trattarsi di sepsi (forse pneumococcica se esiste anche polmonite), con localizzazioni articolari metastatiche.

Un buonissimo e consigliabile trattato di Pediatria è il Feer nella sua recentissima edizione. POLLITZER.

Le inalazioni di sali di calcio nella tubercolosi. — Al dott. A. P., da Roma:

Non conosciamo trattati o monografie che si occupino particolarmente della terapia della tubercolosi mediante i sali di calcio per inalazione. Della questione, su cui, con pazienti ricerche, si possono trovare alcuni studî sparsi qua e là nelle riviste, si sono occupati in Italia il dott. G. Angiulli di Napoli e, per il lato sperimentale, il Michelazzi della Clinica medica di Pisa. I sali di calcio usati per l'inalazione sono quelli insolubili, specialmente il carbonato. La durata media della cura è di 120-130 inalazioni, da farsi tutti i giorni, mediante un semplice apparecchio, azionato a mano o da un motorino elettrico, che consta di un aspiratore e di un lanciatore, il quale proietta la nebbia calcica nell'ambiente. Sull'argomento, G. Angiulli ha pubblicato uno studio in *Tubercolosi*, aprile 1924. FILIPPINI.

Ricerca del sangue col metodo della benzidina. — Al dott. U. B. da Mart. Po:

In una capsula di porcellana si pone un pizzico di benzidina e tanto acido acetico glaciale sufficiente per sciogliergla: si aggiungono 4-8 gocce di acqua ossigenata od un pizzico di oxilite. Si fa poi cadere goccia a goccia il liquido da esaminare, agitando con bacchetta di vetro. In caso di reazione positiva, si ha un colore verde-scuro che volge al blu di Prussia.

Per ottenere una reazione più netta e quando il materiale da esaminare non sia liquido, si può usare un estratto alcoolico-etereo del materiale stesso. Se si tratta di liquido, si sbattono in una provetta 10 cmc. con cmc. 1-1,5 di acido acetico glaciale e si aggiunge 1/3 del volume di etere solforico, agitando. Dopo riposo, surnuota lo strato etereo; si aggiungono allora 5-10 gocce di alcool assoluto agitando leggermente; ottenuta in seguito la stratificazione, si aspira lo strato etereo che si usa per il saggio come sopra. Quando il materiale è solido, come è il caso per le feci, si usa una emulsione acquosa, che si tratta allo stesso modo. La *reazione è da considerarsi positiva solo quando si verifica entro trenta secondi;* delle colorazioni successive non si deve tener conto.

La reazione può essere simulata da pus, muco, epitelî intestinali, e da succhi di frutta ed erbaggi; prima di essa il paziente dovrà essere tenuto per uno-due giorni a dieta lattea, senza carne, erbaggi, legumi, frutta. *fil.*

Somministrazione dell'optochina. — Al dott. R. M., da S. G.:

L'optochina si somministra alle seguenti dosi: Nella polmonite cg. 25-50 per dose con un massimo di g. 2 pro die. Nella malaria, g. 1-1.50 nelle 24 ore in dosi frazionate. Nella blenorragia, iniezioni endouretrali di soluzione all'1 %; sei iniezioni al giorno. Nell'ulcera corneale, instillazioni con soluzione al 2 %.

Nel 4 % circa dei casi produce ambliopia, anche con dosi di 50 cg., senza che si possa prevedere o prevenire tale complicazione. Viene consigliata durante la cura una dieta rigorosamente lattea. *fil.*

Reazione del Silvestri nelle urine dei tifosi. — — Al dott. C. E., da V.:

Il reattivo è costituito dalla soluzione officinale di percloruro di ferro liquido (contenente il 48,2 % di cloruro ferrico cristallizzato; densità 1,28-1,29) e dell'acido solforico purissimo. In una provetta si versano 2 cmc. del percloruro di ferro, vi si aggiungono 4-5 gocce di acido solforico e si fanno scolare 3 cmc. dell'urina in esame (dopo averla filtrata) in modo da ottenere l'anello, condizione necessaria per la riuscita della reazione. Se questa è positiva, si forma al punto di contatto un colore giallo-bruno (marrone) che va diffondendosi verso l'alto. Alla superficie, si forma un anello tordibiccio a riflessi verdastri, che scompare agitando la provetta. La reazione va fatta a freddo; se l'urina contiene albumina, è meglio defecarla.

La reazione compare nel 95 % delle urine degli individui affetti da infezioni tifiche e paratifiche, fin dai primi giorni della malattia, quando non vi sono ancora sintomi clinici caratteristici. In qualche caso la si osserva anche in forme tubercolari febbrili, nell'influenza, nel reumatismo, sempre però allorchè tali malattie hanno raggiunto uno sviluppo tale che la diagnosi non è più incerta. Quando siano stati somministrati medicamenti che diano la nota reazione dei fenoli, come l'acido salicilico, il salolo, salofene, ecc. la reazione violacea dei fenoli maschera la colorazione sopra descritta.

La reazione è stata descritta da E. Silvestri in « Medicina nuova » 1917, n. 27 e 28.

fil.

Pneumotorace artificiale. — Al dott. G. C., abb. n. 6306:

Consiglio l'ottimo manuale del prof. Gioacchino Breccia. Si rivolga all'A., a Genova.

t. p.

Al dott. P. P. e dott. V. B.:

Un manuale adatto è il seguente: G. LORIGA. *Il manuale d'igiene ed assistenza sociale ad uso delle scuole medie e delle persone colte.* Croce Rossa Italiana. Roma, 1923. Utili nozioni esposte in modo assai piano si trovano in A. PIPERNO. *Salute.* Presso l'Istituto di Igiene e previdenza sociale Roma. *fil.*

Al dott. R. S.:

Non rispondiamo ad anonimi. Dal titolo stesso della rubrica si rileva che questa è riservata agli abbonati: pertanto occorre dimostrare la qualità di abbonato. Il numero d'abbonamento, o le iniziali del nome, od anche sigle convenzionali, possono usarsi, a richiesta dell'interessato, nel dare la risposta sul giornale; ma non bastano per legittimare l'inoltro dei quesiti alla redazione. L. P.

VARIA

L'età dei genitori degli uomini di genio.

Oltre che le persone di genio non furono quasi mai i primogeniti, in moltissimi casi furono gli ultimogeniti, o quasi. Così Coleridge fu l'ultimo di tredici fratelli; Cooper l'undecimo di dodici fratelli; Washington Irving l'ultimo di undici; Balzac di tre; G. Eliot di quattro; D. Webster di sette; Franklin di diciassette; Rembrandt fu l'ultimo di sei fratelli; Rubens di sette, Landsee il quinto di sette; Napoleone fu l'ottavo e probabilmente l'ultimo nato; Reynolds il settimo; Carlo Maria Weber il nono; Wagner e Mozart gli ultimi di sette fratelli; Schumann di cinque; Schubert il tredicesimo di quattordici.

Perciò i genitori di grandi uomini furono per la maggior parte di età matura al tempo del concepimento. La potenzialità cellulare dei genitori era allora al « maximum » dal punto di vista così mentale come fisico. (*Riforma Medica*).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ALFIERI EMILIO. *L'idroterapia salso-jodica e la cure fisiche complementari nelle diverse affezioni ginecologiche.* — Palermo, « La Commerciale », 1923.

BAJLA EUGENIO. *Il pericolo dei tumori maligni.* — Borgo S. Donnino, A. Mattioli, 1923.

BRAVETTA E. e BATTISTESSA P. *Paralisi progressiva atipica e reperto spirochetico.* — Pavia, Tip. Cooperativa, 1923.

CIANI GABRIELLO. *Actinomicosi e streptotricosi.* — Siena, Tip. L. Bernardino, 1923.

CIOFFI FRANCESCO. *Di alcuni fattori metereologici* nella patologia umana. — Subiaco, Tip. dei Monasteri, 1923.

CIVIDALI ALDO. *Ricerche sulla proteinoterapia aspecifica nella tubercolosi polmonare.* — Roma, « Grafia », 1923.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

R. ARCISPEDALE DI S. MARIA NUOVA E STABILIMENTI RIUNITI IN FIRENZE.

La questione ospitaliera considerazioni e proposte di riforme.

Dott. LUIGI BALDASSARI, libero docente di Igiene, Direttore gen. degli Ospedali di Firenze.

L'incremento progressivo dell'ospitalizzazione che prima della guerra si aveva con ritmo costante era prova della scomparsa dei vecchi pregiudizi contro gli ospedali e della fiducia che questi erano venuti acquistando per il progresso raggiunto, e riusciva di giovamento per la difesa della salute pubblica e di vantaggio all'andamento finanziario. Le Amministrazioni di questi istituti, per quanto non si trovassero in condizioni economiche floride, così che la retta di spedalità era man mano aumentata nella ristretta misura allora sufficiente, avevano potuto però introdurre ed avviare in tutti i servizi miglioramenti notevoli.

Il periodo di guerra portò gradatamente un sensibile aggravarsi di spese, ma anche il beneficio di accresciuta affluenza di infermi, avendo tutti gli ospedali dato largo posto ai soldati feriti ed ammalati, per cui le entrate erano più considerevoli ed i pagamenti per parte dello Stato erano fatti prontamente. Fu successivamente ed in modo speciale nel biennio 1920-21 che, non essendo possibile resistere all'onda travolgente, l'elevarsi degli stipendi e la riduzione delle ore di lavoro ad otto insieme al maggior costo dei vari generi portarono un forte squilibrio nelle finanze ospitaliere. Ne fu conseguenza inevitabile il rapido aumento delle rette di spedalità, unica fonte di entrate da cui ottenere il pareggio dei bilanci, ma ne derivò presto una corrispondente diminuzione nelle ammissioni e specialmente nelle degenze degli infermi per l'aggravio fortissimo che risentivano i Comuni, ai quali spettava l'onere del pagamento della spedalità.

Nè gli aumenti della retta stabiliti in sede di bilancio preventivo bastavano, perchè nuovi ed imprevisti oneri che sopravvenivano durante l'esercizio portavano l'ulteriore crescere delle spese e per conseguenza disavanzi considerevoli, che in aumento fino al 1920 cominciarono appena nell'anno successivo a mostrare in generale una progressiva diminuzione.

È naturale che in tale periodo di tempo non fosse possibile affrontare i problemi ospitalieri più importanti per quanto ne fosse reclamata la soluzione; tutti dovettero restare sospesi dai rinnovamenti edilizi in corso di studio ed anche di esecuzione a buona parte degli acquisti e delle maggiori dotazioni, di cui nei vari riparti e servizi era sentito il bisogno; solo scopo doveva essere allora assicurare l'andamento ordinario e far fronte alle necessità immediate.

***

Da quel tempo un nuovo ordine di cose si è iniziato colle mutate direttive che vengono dal Governo, colla rinnovata mentalità delle classi lavoratrici che comprendono le necessità degli Enti da cui dipendono e le esigenze della situazione presente, col miglior rendimento di lavoro che può ottenersi. È l'inizio della ricostruzione e già vantaggi rilevanti si sono ottenuti, ma il cammino da compiere è lungo e non può essere facile.

Primo problema è ottenere il pareggio dei bilanci colla riduzione delle spese, di guisa che ogni ulteriore aumento nella retta di spedalità sia evitato e ne sia possibile la diminuzione. Ora economie non possono attualmente ricavarsi che in piccola parte da minor costo dei vari generi, e sarà possibile ottenerle da aumento nelle ore di lavoro soltanto per una parte del personale. La riduzione degli stipendi e salari non può essere che molto ristretta, date le presenti condizioni di vita, e la diminuzione del personale pure non può essere che limitata, poichè sarà ben difficile tornare ai precedenti orari di lavoro e perchè nel maggior numero degli Istituti ospitalieri l'aumento per l'applicazione delle otto ore era stato contenuto nella minor misura possibile.

Però è certo che da tutto il personale si può esigere di più e cioè un lavoro più alacre e premuroso che porti un maggior rendimento, come è giusto, dovendo ciascuno dare l'opera più attiva e in ogni campo informata a rigorosa coscienza.

Insieme a questa un'altra limitazione di spesa è pure doveroso ottenere e cioè nei consumi, evitando tutto quanto costituisce spreco, come deve essere possibile quando ciascuno — qualunque grado abbia — vi ponga vigile attenzione e coscienza.

Quand'anche però questo risultato non tanto presto sperabile sia completamente ottenuto non sarà ancora raggiunto il fine che bisogna conseguire, perchè un assetto sodisfacente ed un progresso non interrotto degli ospedali richiedono maggior larghezza di mezzi che non si possa ottenere coi provvedimenti accennati.

Infatti se ottenere il pareggio del bilancio è il primo passo e segna il termine della curva

discendente, per iniziare quella di ascesa occorre realizzare economie ed ottenere entrate tali da veder abbassare il costo del malato. Allora la diminuzione della retta di spedalità che si potrebbe tosto attuare darebbe speranza di aumento sensibile nel numero dei ricoverati negli ospedali e per le ammissioni più abbondanti e per le degenze più lunghe, che ora si cerca da Enti pubblici e da privati di abbreviare anche quando non sarebbe consigliabile. È certo però che quanto a tornare alle cifre dell'anteguerra grandi speranze non possono concepirsi, perchè sono sorti molti istituti di cura che riescono con facilità, data la natura e l'organizzazione loro, a mantenere limitate le rette di degenza, per cui sottraggono malati.

Assicurato l'andamento ordinario, l'intento che preme raggiungere è che i bilanci offrano la possibilità di sostenere le spese necessarie per introdurre man mano quei miglioramenti che sono reclamati per seguire il progresso della scienza e dei tempi.

Si debbono perciò prendere in esame tutti quei provvedimenti che siano diretti ad alleviare le spese ed aumentare le entrate degli istituti ospitalieri, tenendo conto che molto da aiuto finanziario da parte del Governo non vi è a sperare, ed anche la legge per le casse di assicurazione sulla quale si faceva grande assegnamento non trova concorde consenso.

* * *

Due importanti problemi bisogna anzitutto studiare: la trasformazione dei metodi di assistenza con concetti razionali e moderni ed una radicale riforma negli ordinamenti amministrativi degli istituti ospitalieri.

Quanto alla prima è fuori di dubbio che scegliere meglio il personale destinato all'immediata assistenza e prepararlo in modo adeguato è uno dei mezzi più importanti per ottenere una buona organizzazione degli ospedali e da tempo se ne tratta.

Si dovrebbe affidare anche presso di noi la diretta assistenza dei malati solamente al personale femminile, che tutti sanno essere meglio dotato delle qualità richieste; un numero limitato di uomini dovrebbe coadiuvare per i lavori più faticosi. Ormai si possono considerare superati i pregiudizi contro tale riforma e le contrarietà inevitabili; potrebbero per ora restare infermieri per una parte ristretta dei malati da assistere, in rapporto a qualche speciale forma morbosa.

Ciò che sopratutto importa è di render possibile ed ottenere che all'ufficio di assistenza agli infermi che richiede oltre a resistenza fisica elevatezza di sentimenti, coscienza del dovere assunto, spirito di sacrificio, si dedichino persone di classi sociali più elevate di quelle che ora vi accedono e che queste vengano man mano elevandosi. È indispensabile però dare a questo personale condizioni di vita sodisfacente sotto ogni riguardo così materiale che morale, altrimenti non si potrà certo raggiungere lo scopo.

Si deve cominciare coll'istituire presso gli ospedali principali e possibilmente in quelli di ogni capoluogo di Provincia scuole ben organizzate per infermiere non solo per quanto riguarda l'insegnamento, ma scegliendo con ogni cura, come è di grande importanza, persone adatte a ben dirigerle, ad elevare l'educazione delle allieve, e mantenere la disciplina, a preparare ad una missione così nobile, ma disagevole.

Non sarà impresa facile e nelle questioni ospitaliere spesso dovrà ripetersi questa affermazione; in questo campo, come in quello dell'igiene, molti ostacoli sempre si incontrano ed occorre superarli spiegando azione energica e costante, tanto più quando si vuole adottare indirizzo radicalmente diverso da quello seguito.

Nelle scuole-convitto con programmi ed insegnamenti teorici e pratici ben studiati e svolti ed armonicamente combinati il personale destinato all'assistenza dei malati deve essere preparato in modo che oltre acquistare le cognizioni indispensabili perfezioni quelle doti di animo e qualità morali che diano ad esso la nobiltà di sentimenti ed elevatezza di spirito che si richiedono; con questo solamente darà piena garanzia di saper compiere il proprio dovere presso i malati.

Ottenuto questo, un progresso incalcolabile sarebbe compiuto, gli istituti ospitalieri godrebbero fiducia ancora maggiore ed in numero più rilevante vi accorrerebbero i sofferenti certi che alla scienza dei medici sarebbe adeguato accompagnamento l'amorevole assistenza di tutto il personale. Anche una non trascurabile riduzione di spese dovrebbe ottenersi perchè l'elemento femminile oltre a dare miglior rendimento viene a costare meno, e se è ben istruito e guidato deve spiegare un maggior spirito di economia in tutto e più attenta cura che nulla venga consumato oltre il bisogno.

* * *

Nel campo vasto e non facile delle riforme amministrative, ora in particolar modo largamente studiate e discusse, molto si può fare se si vogliono in rapporto ai tempi mutati ap-

plicare criteri nuovi ispirati a modernità e praticità di vedute.

Da qualche anno si nota e persiste la diminuzione degli infermi negli ospedali e non tanto per diminuzione delle ammissioni, quanto per abbreviato pericolo di degenza, dovuto a ragioni economiche. Ci troviamo pertanto in un periodo di transizione tra le elevate presenze di un tempo e le scarse attuali, che sono causa dell'aggravarsi del disagio finanziario delle Amministrazioni ospitaliere, che forte onere risentirono e risentono per il caro della vita, per gli aumenti di stipendi e salari, per la riduzione dell'orario di lavoro e vedono crescere inevitabilmente il costo del malato, perchè le spese generali sono ripartite su minor numero.

Si è poi aggiunta la concorrenza che viene fatta da ospedali aperti in piccole città e centri di campagna, da ospedali privati e case di salute, da ricoveri per cronici, perchè tutti si trovano in condizioni più favorevoli specialmente dal lato economico. In essi si realizzano con facilità alcuni vantaggi, come mantenere i malati in vicinanza immediata delle famiglie che spesso possono visitarli, evitare l'impressione ai più sgradevole di entrare in un grande nosocomio dove sempre vi sono malati gravi e con forme ripugnanti, ed inoltre mantenere rette di pagamento meno elevate. E questo è possibile per varie cause, ad es., la scelta dei malati che elimina i più costosi, il numero scarso e le limitate esigenze del personale, spesso in massima parte religioso. Sono condizioni che gli ospedali per l'importanza e complessità dei loro servizi non possono realizzare, per cui vengono a trovarsi da questo lato in condizioni di inferiorità, mentre però compiono azione ben più largamente soccorritrice e benefica, accogliendo tutti i sofferenti di qualsiasi forma morbosa e disponendo di mezzi completi per diagnosi e cura. I malati perciò che hanno bisogno di ricerche più delicate o di speciali applicazioni terapeutiche debbono esser accolti negli istituti più importanti, meglio dotati di ogni mezzo che occorre, ma per questo più gravati di spese.

Per tali condizioni in cui si viene svolgendo ora l'assistenza ospitaliera è più forte la necessità di portare una riforma profonda che tenga conto di questo stato di cose e provveda a migliorare la sorte e garantire più florida esistenza agli ospedali, di cui tante sono le benemerenze. Una anzitutto si presenta necessaria (ed è tanto razionale che sorprende non sia già stata attuata) ed è la riunione sotto un'Amministrazione unica dei vari ospedali che funzionano in una stessa città per diminuire le spese generali e meglio distribuire i malati nei vari stabilimenti. Quest'opera di concentramento, che in parte si esercitò in passato, non fu completa ed ancora nuovi istituti ospitalieri vanno sorgendo e non è razionale che avendo uguale funzione, essendo istituiti a beneficio delle stesse classi di popolazione siano divisi, agiscano come ignorandosi, anche con duplicità non necessaria di servizi.

Un primo passo deve però compiersi con questa fusione; ma bisogna attuare provvedimenti di ben più larga portata se si vogliono ottenere i maggiori risultati a cui si deve aspirare nel campo sanitario ed in quello economico.

Il moltiplicarsi di ospedali anche nelle campagne rende necessario di porre in armonia l'azione che quotidianamente si svolge da istituti di varia potenzialità, che dispongono di mezzi molto diversi, che risiedono in varie località, in modo da assicurare ai malati mediante più larga e razionale organizzazione e colla minore spesa la cura più adatta.

Per attuare e mantenere questo nuovo e più vasto programma con armonia di azione e colla necessaria economia, così che da nessuna parte vi siano spese inutili o non razionalmente fatte, il provvedimento più adatto e consentaneo ai nostri ordinamenti amministrativi è quello di raggruppare gli istituti ospitalieri per provincia. In tal modo questo Ente così importante che possiede base solida e tradizione ben stabilita verrebbe ad assumere una nuova ed alta funzione, quella di amministrare gli istituti ospitalieri. Già da tempo esso provvede alla cura degli alienati ed al ricovero e mantenimento degli esposti e possiede a tale scopo gli ospedali psichiatrici ed i brefotrofi, inoltre ora altre funzioni gli sono opportunamente affidate nel campo dell'assistenza e della profilassi. Ciò dimostra come sia sentito il bisogno di ricorrere per queste ad altro Ente più adatto, è bene perciò che esse siano estese così da comprendere più vasto campo e da esercitarsi in modo completo ed organico.

L'Ente Provincia per la sua estensione in confronto della maggior parte dei Comuni, per il modo con cui è costituito e rappresentato, per le sue elevate tradizioni dà garanzia di trattare e risolvere ogni questione non solo seguendo il giusto indirizzo tecnico, ma con spirito elevato e sereno, con larghezza di vedute, senza cadere nel sospetto di mire troppo locali e particolaristiche.

Nessun nuovo onere però dovrebbe esser portato con tale riforma, perchè difficilmente le

Provincie potrebbero sostenerlo; esse dovrebbero assumere l'amministrazione delle Opere Pie a carattere ospitaliero, ma esercitarla valendosi delle rendite che queste ricavano dai loro patrimoni, degli introiti che ottengono dal pagamento delle rette di spedalità (per le quali spetta ai Comuni la competenza passiva) e di ogni altra entrata che può essere realizzata; perciò nessun turbamento si avrebbe dal lato finanziario.

Per amministrare gli ospedali la Provincia possiede già i corpi elettivi con rappresentanza distribuita per tutti i mandamenti ed ha in ogni capoluogo uffici ben organizzati in ogni ramo, che possono opportunamente estendere la loro opera ed essere completati se e dove occorre. Un qualche aumento di personale che potesse presso i medesimi rendersi necessario non costituirebbe aggravio di spesa, perchè si avrebbe contemporaneamente più sensibile riduzione negli uffici amministrativi che ora i singoli ospedali tengono. Ne verrebbe certo un vantaggio per i vari servizi riunendo funzioni uguali presso uffici meglio specializzati e perciò più adatti a compierle, come, ad es. quelle per le controversie di indole amministrativa e specialmente per le pratiche relative ai rimborsi di spedalità, per le questioni legali, per i diversi lavori, per le numerose forniture, che potrebbero aversi anche a condizioni migliori, per la produzione interna di quanto fosse possibile.

Ancora più importanti dei vantaggi già notevoli che si potrebbero realizzare nel campo amministrativo ed economico sarebbero quelli che con opportuno indirizzo si avrebbero nell'assistenza ai malati, che si potrebbe organizzare e coordinare con criteri più adatti, data la maggior estensione del campo d'azione.

Gli infermi dovrebbero essere distribuiti in modo razionale secondo la natura della malattia, le esigenze della cura e le condizioni loro in vari istituti e località diverse. Gli ospedali dei capoluoghi di Provincia dovrebbero esser organizzati in modo completo con direzione tecnica e personale competente in ogni ramo, dovrebbero avere riparti delle varie specialità diretti da Primari sempre nominati per concorso; ancora essi mancano in istituti anche importanti ed è grave lacuna; dovrebbero parimenti esservi laboratori per tutte le indagini ed applicazioni necessarie di chimica e microscopia clinica, di bacteriologia, di radiologia, ecc. Si potrebbero così far affluire gli infermi di tali forme morbose e quelli in cui la malattia ha carattere di maggior gravità e importanza e che hanno bisogno di esami, di cure, di atti operativi di speciale difficoltà negli ospedali del capoluogo. In questi il trattamento di tutte le forme di malattia sarebbe fatto con ogni competenza, sarebbe possibile la consulenza e l'impiego dei mezzi che occorrono per ricerche e cure di ogni genere, per cui tutto quanto la scienza e l'arte consigliano per ottenere la guarigione sarebbe razionalmente usato.

Anche per l'insegnamento verrebbe vantaggio da questa distribuzione di malati, sia che esso fosse esercitato nelle cliniche o nei riparti ospitalieri, per il maggior numero di casi interessanti che si avrebbero a disposizione.

Si potrebbe poi fare per ogni Provincia una ben studiata distribuzione territoriale degli ospedali minori in modo da rafforzare quello del capoluogo, da mantenere quelli che esistono e da fondarne se occorre nei luoghi che per la maggior popolazione o per la situazione loro o per la facilità delle comunicazioni sono più indicati. Sarebbe in tal modo evitato il sorgere non sempre opportuno di nuovi istituti che possono frazionare troppo l'assistenza ospitaliera, dividendo forze che non vanno disperse e così portando danni ad altri istituti ed alla buona assistenza dei malati in genere.

Altro vantaggio del raggruppamento per Provincia sarebbe di fare accogliere con maggior prontezza e facilità gli infermi di malattie infettive negli ospedali a ciò destinati, compiendo opera importantissima e provvida di profilassi. Ancora si avrebbe quello di mandare con sollecitudine e di trattenere al mare o in montagna, come per buona parte sarebbe possibile, gli infermi in cui tali condizioni climatiche possono giovare e far sorgere, dati i mezzi più forti perchè riuniti, istituti speciali a tale scopo e costituire consorzi tra provincie vicine per provvedere dove mancano le condizioni adatte.

Si potrebbe più facilmente avviare a buona soluzione il grave problema della cura della tubercolosi, costruendo nelle località migliori uno o più sanatori per provincia.

Si potrebbe ancora provvedere meglio al ricovero dei cronici e dei convalescenti coll'inviarli in stabilimenti adatti, ad es., nei piccoli centri di campagna, dove troverebbero condizioni migliori di vita ed ambiente più indicato per ristabilirsi e verrebbero anche a costare meno.

Ancora è da tener presente che colle proposte riforme anche al personale verrebbero benefici per i possibili trasferimenti da uno ospedale ad un altro e per le promozioni di cui verrebbe l'occasione.

Oltre a ciò, date le cattive condizioni economiche degli ospedali, i grandi bisogni a cui

far fronte e la necessità di progredire, altri provvedimenti si richiedono per migliorarne le condizioni; uno potrebbe essere di ottenere in loro favore contributi notevoli per parte degli Istituti di Credito e specialmente delle Casse di Risparmio. Questi Istituti dispongono di mezzi molto abbondanti ed in varie città hanno dato alle Amministrazioni ospitaliere largo aiuto, specialmente per nuove costruzioni; sarebbe giusto che l'esempio fosse seguito, che intervenissero disposizioni in questo senso ed ove occorresse modificazioni degli statuti, perchè nessun impiego dei loro utili sarebbe migliore.

Per render completo il nuovo ordinamento che si propone per gli ospedali e mantenerlo all'altezza voluta dal progresso della scienza e dai perfezionamenti della tecnica dovrebbe accanto all'Ente amministrativo, già forte e ben costituito, funzionare un consiglio opportunamente scelto nel campo medico con rappresentanza proporzionale per le varie forme di assistenza ospitaliera, manicomiale, ecc., coll'incarico di dare parere e fare proposte su tutto quanto si riferisce a questioni sanitarie, igieniche o comunque attinenti alla tecnica speciale di ogni istituto. In tal modo in un campo così delicato, che non ammette improvvisazioni, ma richiede studio ed esperienza, ogni questione sarebbe trattata con competenza e sarebbe impresso l'indirizzo migliore.

Fu fatta anche la proposta di riunire sotto l'Ente Provincia il servizio delle condotte; molti argomenti sono in favore di tale riforma ed è troppo naturale l'aspirazione dei medici di passare dalla dipendenza di piccoli Comuni a quella di grandi Amministrazioni, come sono quelle delle Provincie.

Certamente è necessario coordinare la cura dei malati di ogni forma e grado e per ogni sede, a domicilio, negli ambulatori per consultazioni e medicherie, negli ospedali, e deve esser ben predisposta ogni modalità di assistenza adatta, in modo che secondo la natura e lo stadio della malattia, le condizioni del malato, della famiglia, dell'abitazione, gli infermi siano prontamente posti nella condizione migliore per ottenere guarigione sollecita o in ogni modo il sollievo delle loro sofferenze.

Non v'ha dubbio che l'assistere il malato in ogni periodo del male ed il provvedere in ogni momento alla cura coi mezzi migliori che la scienza offre è funzione di così alto interesse sociale, di tanto valore economico, che deve esser considerata uno dei servizi pubblici più importanti.

Si tratta di costituire una vasta ed armonica organizzazione nel campo dell'assistenza, della cura, della profilassi ed i vari rami ed anelli di essa già esistono, ma non collegati strettamente come dovrebbero essere.

Il momento attuale, in cui tanti importanti problemi sono affrontati con modernità di concetti e con energia, è propizio ad una serie di riforme anche in questo campo pratiche e radicali. Con esse il problema dell'assistenza pubblica può esser avviato alla soluzione che da tanto si invoca con larga visione delle linee generali e precisa conoscenza di ogni sua parte, così che ai dettami scientifici corrispondano i provvedimenti pratici. Risollevare le sorti economiche degli ospedali sarà di somma importanza sociale per il beneficio che ne verrà alla pubblica salute e per l'incremento al lavoro, e costituirà una delle più felici azioni di questo periodo, che deve essere di sano rinnovamento e di ricostruzione nazionale.

Febbraio 1924.

Cronaca del movimento professionale.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione; vedi fasc.* 18).

Corpo d'Armata di Firenze.

	Lire
T. Col. M. Cimino Francesco	135
T. Col. M. Bernardi Luigi	121
Magg. M. Basso Ermenegildo	120
Magg. M. Comariano Pietro	107
Magg. M. Piantelli Giuseppe	109
Magg. M. Savini Gualtiero	107
Magg. M. Bacchialoni Adolfo	110
Magg. M. Crosiglio Evaristo	104
Magg. M. Kobjlinski Moissej	103
Cap. M. Scanavino Zeffiro	90
Cap. M. Imperiale Cesare	97
Cap. M. Polizzi Antonio	95
Cap. M. Massone Giacomo	86
Cap. M. Queirolo Ernesto	95
Cap. M. Chiesa Emanuele	85
Cap. M. Fravega Giovanni	95
Cap. M. Barbano Alfredo	89
Cap. M. Petrilli Giovanni Luigi	98
Cap. M. Rossi Giuseppe	41
Cap. M. Porro Nicola	42
Cap. M. Bonino Enrico	88
Cap. M. Breccia Gioacchino	88
Cap. M. Crosa Agostino	90
Cap. M. Martini Ugo	88
Cap. M. Molinari Pietro	83
Cap. M. Personali Stefano	80
Cap. M. Pellegrini Enrico	85
Cap. M. Tonelli Camillo	89
Ten. M. Stresino Aurelio	76
Ten. M. Bianchi Giovanni	75
Ten. M. Zunino Ferdinando	72
S. Ten. M. Oddone Agostino	71
S. Ten. M. Frisiani Arrigo	65
S. Ten. M. Novari Raffaele	66
S. Ten. M. Ciani Ferdinando	63
S. Ten. M. Grosso Luigi	61
S. Ten. M. Del Balzo Carlo	33
S. Ten. M. Ciravegna Ernesto	30
Prof. Segale Mario	39
Dott. Solimano Giuseppe	51
Prof. Guicciardi Giuseppe, Reggio Emilia	30
Prof. Petrazzani Pietro, id.	15
Dott. Nizzi Flaminio, id.	15
Dott. Lini Bernardino, id.	10
Dott. Riva Emilio, id.	10

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALFIANELLO (*Brescia*). — L. 7000; uff. san. L. 300; bicicl. L. 1000; doppio c.-v.; quinquenni. Scad. 31 maggio.

BONDIONE (*Udine*). — Consorzio. Stipendio e indennità L. 14.400. Aumenti periodici. 2 indennità c.-v. Tassa concorso L. 30,10. Documenti di rito. Gratuita abitazione civile. Scadenza al 15 giugno. Richiedere avviso Segreteria comunale.

GAVELLO (*Rovigo*). — Scad. 31 mag. Vedi fasc. 19.

LECCE. *Amministraz. Provinciale di Terra d'Otranto.* — Direttore medico sala provinciale di recezione degli esposti; L. 8000. Scad. ore 12 del 31 mag. Età lim. 45. Serv. entro 15 g. Chiedere annunzio.

LEVICE (*Cuneo*). — Con Bergolo; L. 5500; uff. san. L. 500; alloggio; tassa conc. L. 50. Scad. 31 mag.

MARIGNANO (*Forlì*). — A tutto 5 giug., 1a cond.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre c.-v., per i pov.; L. 2500 cav. Serv. entro 15 g. Vaglia postale di L. 50.20 intestato al Sindaco. Ab. 400 agglomerati e 2069 sparsi su ha. 984 in pianura e collina.

MASSA. — Scad. 30 mag. Per Canevara. L. 6500 e 1a indenn. c.-v.

POGGIO DI BERNI (*Forlì*). — Scad. 31 mag. L. 8000 e 1° c.-v., oltre L. 1000 uff. san.; L. 2500 cav. Vaglia postale di L. 50 intestato all'Esattore.

PONZANO DI FERMO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 10 giug.; ab. 1861; ha. 1441; L. 6000 resid., L. 1000 per 1000 pov., L. 3000 cav., L. 500 uff. san., L. 360 arm. farm., L. 4500 temporan. pei cittadini non facoltosi; primo c.-v.; tre sessenni decimo.

RONCOFREDDO (*Forlì*). — A tutto 25 giu., 1a condotta; L. 8500 pei pov. (312 su 3200 ab. circa) e 10 bienni ventesimo; L. 1500 cav.; 1a indenn. c.-v. e metà della 2a; L. 300 per uff. san. Chiedere annunzio. Vaglia postale di L. 50 intestato all'Esattore comunale.

SPERLINGA (*Catania*). — Stip. L. 5000 (*sic*); per uff. san. L. 500; indennità provvista medicine lire 1500. Scad. 30 giug. Rivolgersi Segreteria comunale. Vaglia postale di L. 50, intestato al Tesoriere comunale.

TRABIA (*Palermo*). — A tutto 31 mag.; L. 5000 (*sic*) pei pov. e 5 quinquenni dec.; primo c.-v.; indenn. supplet. oltre i 500 pov.

VASTO (*Chieti*). — 1a zona; L. 4000 (*sic*) oltre L. 500-1000-2000 in concorrenza fino a pov. 250-500-1000 rispettiv. e 4 quinquenni dec. Scad. 31 mag. Serv. entro 15 g. Ab. 15.000 di cui 2/3 al centro.

VENEZIA *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Sezione Tubercolosi. Vedi fasc. 19. Scad. ore 17 del 26 mag.

VILLAFRANCA DI VERONA (*Verona*). — Scadenza 25 maggio; 1° riparto e Ospedale Morelli Bugna. L. 7000, indenn. c.-v. in L. 1200, indenn. integrativa del 20 % sullo stipendio base, quattro quinquenni decimo. L. 1500 cavalc. Bolletta esattoriale di L. 50.

VOLTURINO (*Foggia*). — Scad. 31 mag. L. 4500 (*sic.*), salvo variazioni che potrà apportare la G. P. A.; 1° c.-v.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Torre Annunziata (Napoli), Rivà Ariano (Rovigo).

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *R. Accademia delle Scienze.* — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Premio Umberto I. Vedi fasc. 11. Scad. 31 dicembre 1924.

MILANO. *Municipio.* — Due premi della Fondazione dott. A. Beretta. Vedi fasc. 15. Scad. ore 12 del 28 feb. 1926.

MILANO. *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.* — Due premi della Fondazione Fossati. Scadenza ore 15 del 1° apr. 1925 e ore 15 del 31 dic. 1926. — Premio della Fondazione Ernesto De Angeli. Scad. ore 15 del 31 dic. 1926. Vedi fasc. 17.

MODENA. *R. Università.* — Premi Riccardo Luzzatto e Alfredo Simonini. Vedi fasc. 19.

ROMA. — *Ministero della Guerra.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *R. Clinica Oculistica.* — Premi Cirincione e Cidonico. Vedi fasc. 17 del 1923. Scad. 31 maggio 1924.

ROMA. *R. Università.* — Premio Baccelli. Vedi fasc. 17. Scad. 15 giugno 1924.

ROMA. *R. Università.* — Due premi di fondazione Girolami. Scad. 31 dic. 1924.

ROMA. *Società Italiana di Medicina Interna.* — Due premi ditta Hoffmann-La Roche. Vedi fasc. 15. Scad. ore 16 del 31 dic. 1924 e del 31 dic. 1925.

TORINO. *R. Accad. di Medicina.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

BORSE DI STUDIO.

NAPOLI. *Fondazione De Giaxa.* — Dal Comitato per le onoranze al prof. V. De Giaxa è bandito un Concorso con premio di L. 1000, fra gli studenti del 6° anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Napoli, che abbiano superato l'esame d'igiene durante le sessioni dal giugno 1923 a tutto il 31 marzo 1924, riportando una votazione non minore di 27/30. Il concorso, esclusivamente per esame, consisterà nello svolgimento, per iscritto, di un tema d'Igiene, che sarà assegnato da apposita Commissione giudicatrice, la quale stabilirà pure il numero necessario di ore per lo svolgimento del tema stesso. Il premio sarà conferito al vincitore pubblicamente, mediante consegna di un vaglia cambiario pagabile a vista.

NOTIZIE DIVERSE.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

A cura del solerte Segretario del Comitato per la celebrazione del Medico caduto in guerra, dott. F. Bocchetti, è stato pubblicato un elegante volume contenente scritti del Duca d'Aosta, di Gabriele D'Annunzio, di Sem Benelli, del Generale Della Valle, del prof. Calligaris e dello scultore Minerbi. Questi scritti palpitanti di patriottismo e di pietà per i colleghi caduti documentano la iniziativa e lo svolgimento dell'opera voluta dagli organizzatori e che culminerà con la prossima inaugurazione del Monumento nella Scuola di Sanità Militare a Firenze.

Il XV Congresso medico di idrologia, climatologia e terapia fisica

è stato fissato dal 5 al 9 giugno 1924 ad Abbazia. Sono stati concessi ai Congressisti notevoli ribassi ferroviari e facilitazioni presso gli alberghi di Abbazia (da 30 a 38 lire al giorno di pensione completa, tasse e mancie comprese).

Sono state organizzate dal Comitato Ordinatore per festeggiare i partecipanti gite, escursioni a Brioni, Grado, a Porto Rose ed a Fiume ed eventualmente a Postumia e S. Canziano.

Le relazioni che si svolgeranno al Congresso saranno le seguenti:

1) Ciclonopatia: prof. Maurizio Ascoli (Catania);

2) Le acque minerali nelle malattie del ricambio: prof. P. Marfori (Napoli);

3) La diatermia: prof. Vinaj e dott. E. Melocchi (Milano);

4) La terapia inalatoria: dott. Pinali (Milano) e F. Angelucci (Roma);

5) I bagni di acido carbonico nelle affezioni cardiovascolari: prof. Valenti (Parma);

6) La terapia delle affezioni ginecologiche ed i bagni di mare: dott. G. Kurz (Abbazia).

Importanti comunicazioni sono già annunciate dai principali cultori di queste varie branche della terapia. Per partecipare al Congresso inviare la propria adesione più L. 20 per la tessera che dà diritto alle riduzioni ferroviarie, ecc., alla Segreteria del Congresso, Villa Angiolina - Abbazia (Istria).

Del Comitato Ordinatore del Congresso è Presidente il prof. comm. Castiglione di Trieste; della Associazione Medica Italiana di Idrologia Climatologia e Terapia Fisica, sotto i cui auspici si svolge il Congresso, il gr. uff. prof. L. Devoto.

Congresso delle dottoresse in medicina.

È stato rinviato al prossimo autunno dalla presidenza dell'A. N. I. D. i. M., per dar campo di concretare il programma per una borsa di studio, espletare il concorso ed annunziarne l'esito in occasione del congresso. La data verrà ulteriormente fissata.

Circolo medico catanese.

È stato costituito a Catania un «Circolo di cultura di medicina e chirurgia»; alla cerimonia inaugurale, che si è svolta nell'aula magna dell'Università, parlarono il presidente del circolo professore Izar, il rettore dell'Università e l'oratore ufficiale prof. Ughetti.

Corso di malariologia.

Ricordiamo che dal giugno al settembre avrà luogo in Italia un corso di malariologia, per medici e ingegneri argentini inviati espressamente dal Governo della Repubblica; vi sono ammessi anche, in scarso numero, medici italiani. Per informazioni rivolgersi al dott. G. Radogna, Via Torino, 163 - Roma.

Scuola infermiere dell'Università di Cagliari.

L'Università di Cagliari ha voluto dimostrare il proprio pratico interessamento ai problemi igienico-assistenziali della Sardegna, istituendo presso le Cliniche Universitarie, col concorso dell'Unione Assistenza Malarici, una Scuola infermiere, diretta dalla sig.na Gina Dall'Olio.

L'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, che ha nel proprio programma di azione di collaborare al miglioramento delle condizioni igienico-assistenziali del Mezzogiorno d'Italia e che sempre ha sostenuto l'importanza essenziale della preparazione del personale assistenziale, ha offerto al Magnifico Rettore dell'Università di Cagliari, prof. Roberto Binaghi, di contribuire con L. 5000 alla suddetta Scuola.

Intercambio colturale.

Il prof. Vittorio Putti, direttore dell'Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna, è stato chiamato a tenere un corso di conferenze in Argentina, Cile, Perù e Brasile.

Profilassi del vaiolo.

Il Ministero dell'Interno (Sanità Pubblica) avendo accertato manifestazioni di casi di vaiolo che destano qualche preoccupazione data la disseminazione in molte Provincie e la frequenza di forme lievi e frustre, ha richiamato con circolare telegrafica 1° corrente l'attenzione delle Prefetture perchè si provveda energicamente in tempo per impedire la costituzione di focolai epidemici. La denunzia dei casi anche sospetti di vaiolo nonchè dei casi di varicella dovrà essere fatta dalle autorità locali con la massima urgenza, e i medici provinciali dovranno assicurarsi della efficacia delle misure adottate per soffocare il contagio alle sue iniziali manifestazioni.

I medici laureati nel 1904 in Roma

si aduneranno in lieto simposio il 29 maggio c. m. alle ore 12 al Ristorante «La Rosetta» (Pantheon). Si pregano i ritardatari di inviare subito la loro adesione al Collega prof. Filiberto Baffoni, via Firenze, 43 - Roma.

Si è spento a Roma il dott. MAURIZIO BIMA, generale medico della Riserva; nella lunga carriera presso l'Ispettorato di Sanità militare, e come direttore degli Ospedali Militari di Roma e di Torino, seppe dimostrare doti organizzatrici e ispirare ammirazione e simpatia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 19 apr. — A. SEIGER. Diagnosi della sifilide viscerale.

Boston Med. a. Surg. Journ., 10 *apr.* — R. I. LEE. Risultati della pratica pediatrica osservati nell'adolescenza. — T. H. LAUMAN. Indicazioni e controind. della circoncisione nei fanciulli.

Med. Review, apr. — F. H. THOMSON. Diagnosi e trattam. della difterite.

L'Actinoterapia, 1 gen. — A. FORNERO. L'actinoterapia nell'amenorrea primaria e secondaria. — A. D'ANNAN. Postumi di encef. let. trattati con i raggi X.

Rass. di Clin., Ter. e Sc. aff., mar.-apr. — G. SERONO, E. TROCELLO e A. CRUTO. Azione fisiologica dell'insulina.

Brazil-Med., 15 mar. — A. TAVARES. Sindrome cefaloplegica.

Paris Méd., 19 apr. — Numero sulle acque minerali e la climatologia.

Medic. Ibera, 19 apr. — P. CIFUENTES e T. MARTIN LUQUE. Iniezioni intraven. di urotropina nelle infezioni dell'apparato urin.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 13 apr. — P. LA TORRE. L'emoterapia nella tbc. polm.

Presse Méd., 19 apr. — M. LABBÉ. Azione comparata dell'insulina sulla glicosuria e sull'acidosi. — C. ABADIE. Gli spasmi vascolari. — P. L. VIOLLE. Prova della diuresi frazionata. — A. TZAICO. Processo mioplastico per la cura radicale dell'ernia doppia inguinale e crurale dello stesso lato.

Radiologia Med., apr. — A. ALBANESE. Diagnosi della lussaz. congen. dell'anca in piccoli bambini. — A. BIANCHINI. Radiodiagnostica rachidiana alla Sicard. — L. COLESCHI. Diverticoli vescicali.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.



ANNO XXXI | Roma, 26 Maggio 1924 | Fasc. 21

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE FATE-BENE-FRATELLI, IN BRESCIA.

La frenicotomia nella cura della tubercolosi polmonare

per il prof. EUGENIO CURTI.

I buoni risultati ottenuti dal prof. Morelli colla frenicotomia in malati affetti da tubercolosi polmonare e da lui comunicati al Congresso di Roma dello scorso anno, buoni risultati ch'io potei constatare in una malata mia affidata alla di lui cura, per un intervento del genere, mi indussero a tentare questo metodo curativo.

Riferisco brevemente tre casi miei nei quali i risultati furono così sodisfacenti da indurmi a usare questo metodo di cura su più vasta scala.

S. Angelo di a. 40, da Quinzano.
Un fratello morto per tubercolosi polmonare. Nessuna malattia fino al giugno 1916, epoca in cui contrasse una prima pleurite a sinistra. Nel luglio 1917, altra pleurite essudativa a sinistra. Da allora fu sempre tossicoloso. Fece molte cure mediche fino ai primi di gennaio 1924, epoca in cui lo vidi per la prima volta.

È soggetto in ottime condizioni generali di nutrizione e sanguificazione. Ha tosse con espettorato abbondante, muco purulento, non emorragico. Non febbre, alvo e urine normali. Presenza del bacillo di Koch nell'espettorato. Nulla di patologico al capo e al collo. Torace ben conformato espandentesi in ritardo a sinistra dove gli spazi intercostali rientrano nei movimenti inspiratori. F. v. A. rinforzato su tutto l'ambito sinistro, normale a destra.

Alla percussione smorzatura plessica timpanica generale a sinistra con margine polmonare alla base fisso.

All'ascoltazione, rantoli consonanti a medie bolle diffusi a tutto il polmone sinistro.

Al polmone destro reperto normale.

Cuore e organi addominali normali. All'esame radioscopico: a destra nulla di apprezzabile; a sinistra diminuzione in toto di trasparenze con strie di peri — bronchite evidente — non caverne, immobilità totale del margine, con mobilità della cupola diaframmatica ben conservata. Date le due pregresse pleuriti, i rientramenti intercostali inspiratori e l'immobilità totale del margine polmonare, ritengo inutile ogni tentativo di cura pneumotoracica e, avendo visto inefficace le cure mediche praticate da altri colleghi, consiglio al paziente la frenicotomia.

L'ammalato entra nella Casa di Cura « Fate-Bene-Fratelli » in Brescia il 21 gennaio 1924 e il 23 viene operato dal valente collega dott.

Gaetano Ferroni, chirurgo primario della Casa al quale devo la descrizione dell'operazione.

Anestesia locale novocainica. Incisione al margine esterno del cleidomastoideo partente dalla clavicola, lunga tre centimetri circa. Messo in evidenza il margine esterno del clei-

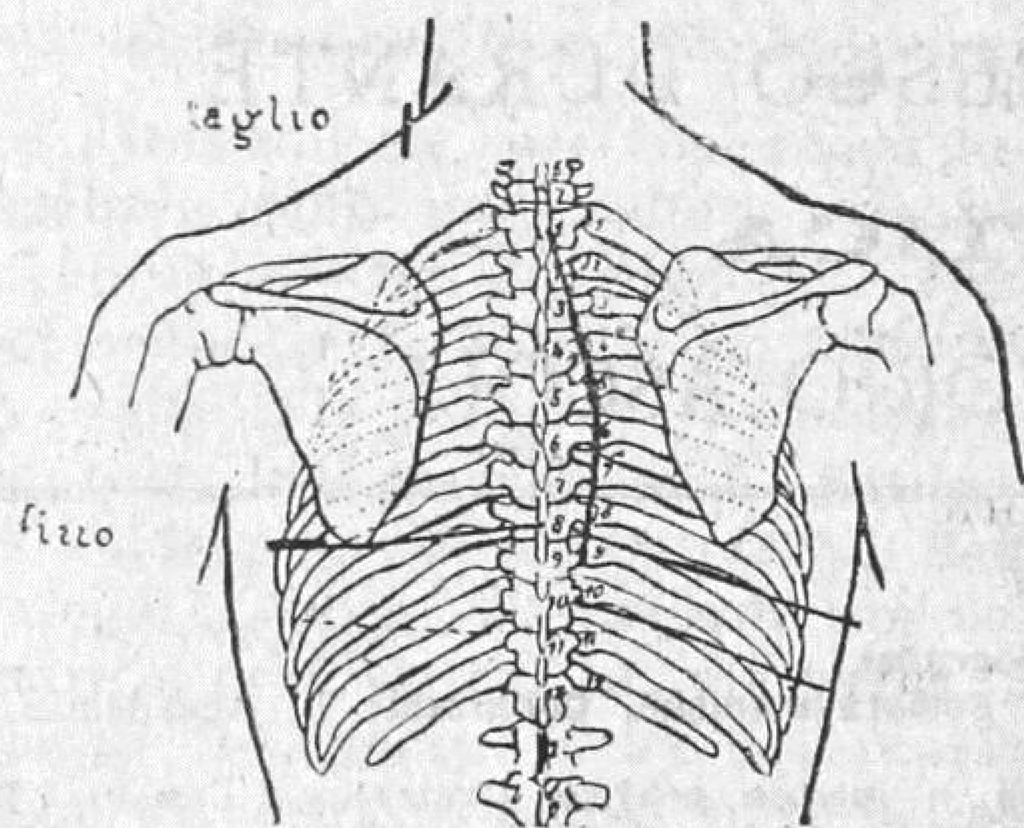


Fig. 1.

domastoideo, incisa la fascia media e spostando all'esterno con la sonda il tessuto adiposo contenente piccole linfoghiandole e in basso l'omoioideo, si scopre lo scaleno anteriore sul mezzo della cui faccia anteriore, si vede il frenico che viene rapidamente isolato e reciso.

Nell'isolare il nervo, il paziente avverte una lieve molestia dietro la scapola; al momento della sezione, accusa la sensazione di uno strappo doloroso interno, in corrispondenza della metà sinistra del diaframma, seguita dal malessere e da bisogno d'aria che dura pochi secondi. Subito dopo il paziente afferma di star bene, anzi meglio di prima dell'operazione.

Il paziente passò una buona notte, avvertì subito una diminuzione di tosse, una diminuzione dell'espettorato e la scomparsa di un rantolo tracheale (ranella) che lo molestava nei giorni precedenti. Nei giorni seguenti il senso di euforia nel malato andò accentuandosi, tanto che guarita per prima la ferita chirurgica, potè dopo sette giorni alzarsi, passeggiare e nutrirsi con appetito, notevolmente aumentato.

Il 29 gennaio 1923, all'uscita del paziente dalla Casa di Cura, si riscontra all'esame obiettivo, minore espansibilità dell'emitorace sinistro, cosa avvertita anche dal paziente: spazi intercostali non rientranti.

Il f. v. t. era aumentato a sinistra.

Ivi alla percussione la smorzatura timpanica era più accentuata. Notevole alla percussione il seguente fatto: ad una percussione leggera il margine polmonare alla base risultava nei limiti già segnati in antecedenza.

Ad una percussione un po' più forte, si percepiva un'area di ottusità relativa fino a circa 4 cm. più in alto.

La spiegazione di questo fenomeno mi fu data da un esame radioscopico praticato circa un mese dopo l'uscita del paziente dalla Casa di Cura.

In quest'epoca, fine febbraio, rividi il malato nel mio studio.

Soggettivamente accusava grande benessere.

Era notevolmente aumentato di peso; aveva appetito, scarsissima tosse, scarsissimo espettorato.

Affermava di aver avuto per alcuni giorni dopo l'uscita dalla Casa di Cura un senso di bruciore, durato circa due giorni, che si estendeva dalla base polmonare anteriore e posteriore, verso la spalla sinistra. Il bruciore scomparve da solo.

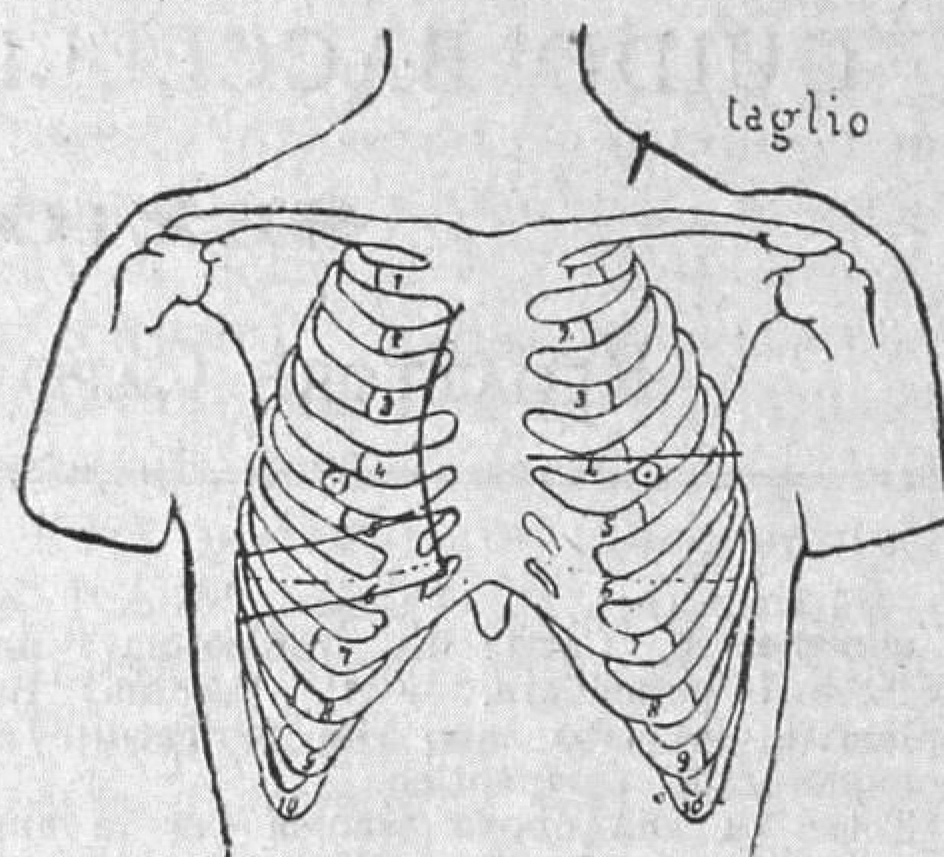


FIG. 2.

All'esame radioscopico la cupola diaframmatica era rialzata così che la proiezione della cupola si portava, circa 1 cm. sopra l'angolo della scapola mentre esternamente, in proiezione, scendeva sull'emiclave verso l'8ª costa. Anteriormente la proiezione della cupola diaframmatica era 1 cm. sopra la mammella.

Questo reperto radioscopico dava la spiegazione dell'area di ottusità superficiale e profonda rilevata alla percussione alla base del polmone. Il diaframma si poteva dire assolutamente immobile negli atti respiratori.

Il mediastino era un po' stirato verso destra per l'azione aspirante del polmone sano e funzionante. All'esame obiettivo e all'esame radioscopico il polmone di destra era iperdisteso (enfisema funzionale vicariante) analogamente a quanto si riscontra nei malati in cura pneumotoracica.

CASO II. — T. Battista di Degagna di a. 38. A. T. negativa. Pleurite a destra nel 1914. Bronchite nel 1923. Vidi il paziente alla fine di dicembre 1923.

Riscontrai allora lesioni tubercolari non cavitarie al lobo superiore e al medio di destra.

L'espettorato era abbondante con numerosi bacilli e scarse fibre elastiche; febbre vespertina fino a 38, sudori notturni. Anoressia completa. Pur avendo constatato all'esame obiettivo e al controllo radioscopico numerose e vaste aderenze pleuriche, spiegabili colla pregressa pleurite, volli tentare una cura pneumotoracica, colla speranza di poter vincere le aderenze. Feci sei tentativi di introduzione senza risultati.

Consigliai allora al paziente, sfiduciato e moralmente abbattuto, la frenicotomia che viene eseguita pure dal primario dott. Ferroni col solito metodo, il 5 febbraio 1924.

Anestesia locale e incisione come nel caso precedente. Le linfoghiandole prescaleniche si presentano maggiormente sviluppate, alcune pigmentate e imbarazzano alquanto il campo operatorio. Scoperto lo scaleno al di sopra dell'omoioideo, si notano sulla sua faccia anteriore tre filetti nervosi del quale uno al margine mediale del muscolo, scende ad esso parallelo, un altro mediano a decorso obliquo e

convergente in basso verso il primo tronco, il terzo più esile dei primi due, parallelo al margine esterno dello scaleno e che si ritiene il nervo succlavio. Toccando con una pinza successivamente i tre tronchi nervosi si determina la stessa sensazione dolorosa al moncone della spalla e sopratutto alla parete toracica posteriore, all'altezza della scapola. Si recide il tronco mediale che è il più voluminoso. Al momento del taglio il paziente non avverte nessuna molestia interna all'altezza del diaframma, ma solo un lieve dolore lancinante al dorso.

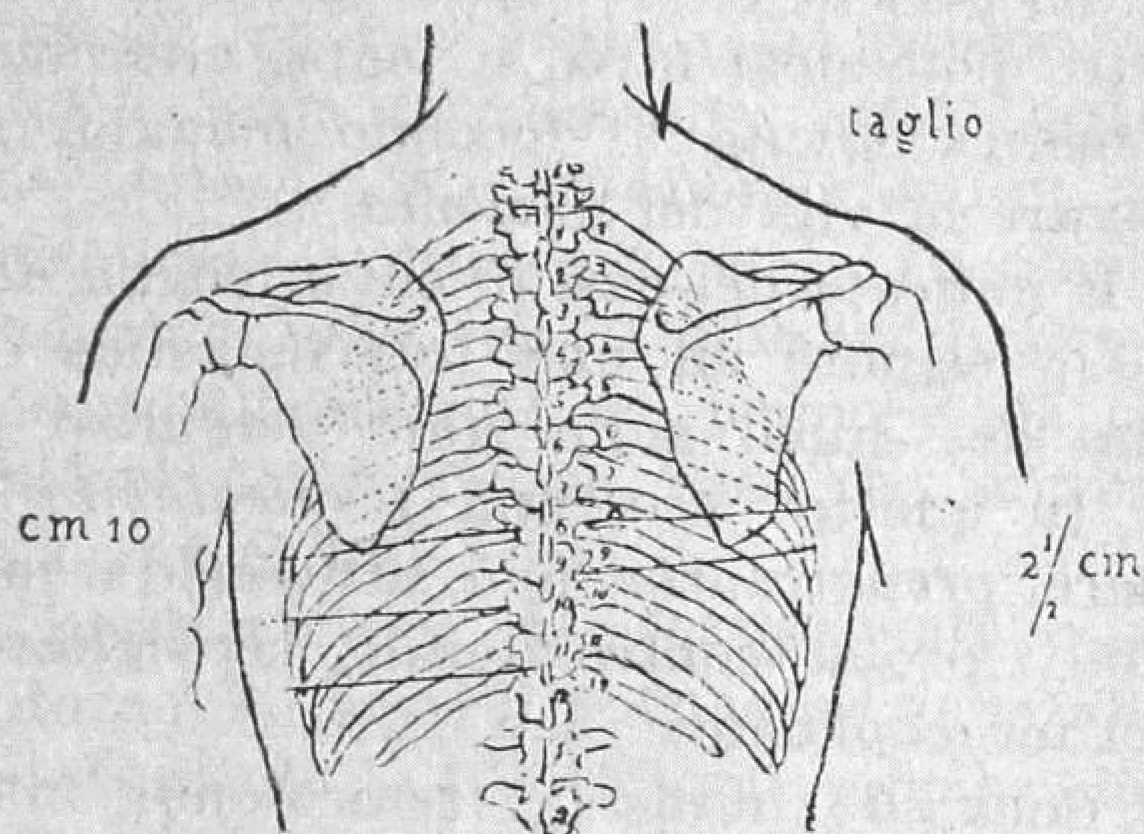


Fig. 3.

Nella notte seguente ebbe dolore alla spalla e alla regione pettorale destra, dolore che diminuì in giornata e scomparve.

Avvertì subito dal primo giorno diminuzione di tosse, di espettorato: la febbre scomparve nel giorno seguente l'intervento nè più tornò.

Guarì per prima, lasciò la Casa di Cura Fate-Bene-Fratelli dove era ricoverato, 10 giorni dopo la frenicotomia.

All'esame obiettivo: emitorace destro meno espandentesi e trascinato in blocco. Spazi intercostali meno rientranti.

F. v. t. aumentato.

Alla pressione, smorzatura plessica, margine polmonare portato in alto e poco mobile.

A sinistra maggior ampiezza della mobilità respiratoria del margine polmonare.

L'unita figura (3) dimostra la posizione all'esame radioscopico dei margini polmonari di destra e di sinistra e la loro mobilità respiratoria. La piccola mobilità della cupola diaframmatica conservata a destra, credo si debba mettere in rapporto col fatto che essendo il frenico diviso in tre filetti, fu reciso solo il ramo mediano più grosso e non i due piccoli laterali.

Il paziente è già aumentato di peso, ha appetito, è ritornato, col benessere generale, colla scomparsa della febbre e della tosse, la fiducia nella guarigione.

Caso III. — G. Bortolo di a. 27 da Trovagliato. A. R. negativa. Prestò servizio militare, contrasse malaria sul Piave, poi bronchite. È pensionato di guerra di prima categoria più gli assegni di super invalidità.

Vidi il paziente nel settembre 1923. Presentava allora una lesione caseo fibrosa al polmone sinistro, era apirettico e in discr[ete] condizioni.

Consigliai una cura pneumotoracica allora possibile per l'assenza di aderenze pleuriche, cura che il paziente non volle fare.

Fece le solite cure mediche. Non rividi più il malato fino al gennaio 1924. Era deperito, aveva febbre serotina fino a 38.5, sudori notturni; tosse con abbondantissimo espottorato a volte emorragico contenente numerosi bacilli di Koch. Il processo tubercolare era ancor limitato al polmone sinistro, ma si erano formate tali aderenze alla base da escludere la possibilità di un intervento pneumotoracico.

All'ammalato, moralmente abbattuto e per il proprio stato di salute a lui perfettamente noto e per l'impossibilità di una cura pneumotoracica che ora avrebbe desiderato, consigliai la frenicotomia che fu eseguita il 5 febbraio 1924 dal chirurgo dott. Ferroni, nella Casa di Cura Fate-Bene-Fratelli, dove io l'avevo fatto ricoverare.

Frenicotomia destra.

Anche in questo caso, numerose ghiandole nel cellulare rendono più laboriosa la scoperta del frenico. L'omoioideo non appare nel campo ristretto. Anche qui si osservano sulla faccia anteriore dello scaleno i tre filetti nervosi come nel caso precedente ma più ravvicinati.

Il tronco mediano decorre molto obbliquamente all'interno e pare si debba congiungere con tronco mediale subito al di sotto dell'angolo inferiore della ferita. Anche in questo caso, qualunque sia quello dei tre filetti che viene stimolato dalla pinza, si determina la sensazione dolorosa alla regione del torace posteriore che corrisponde alla scapola.

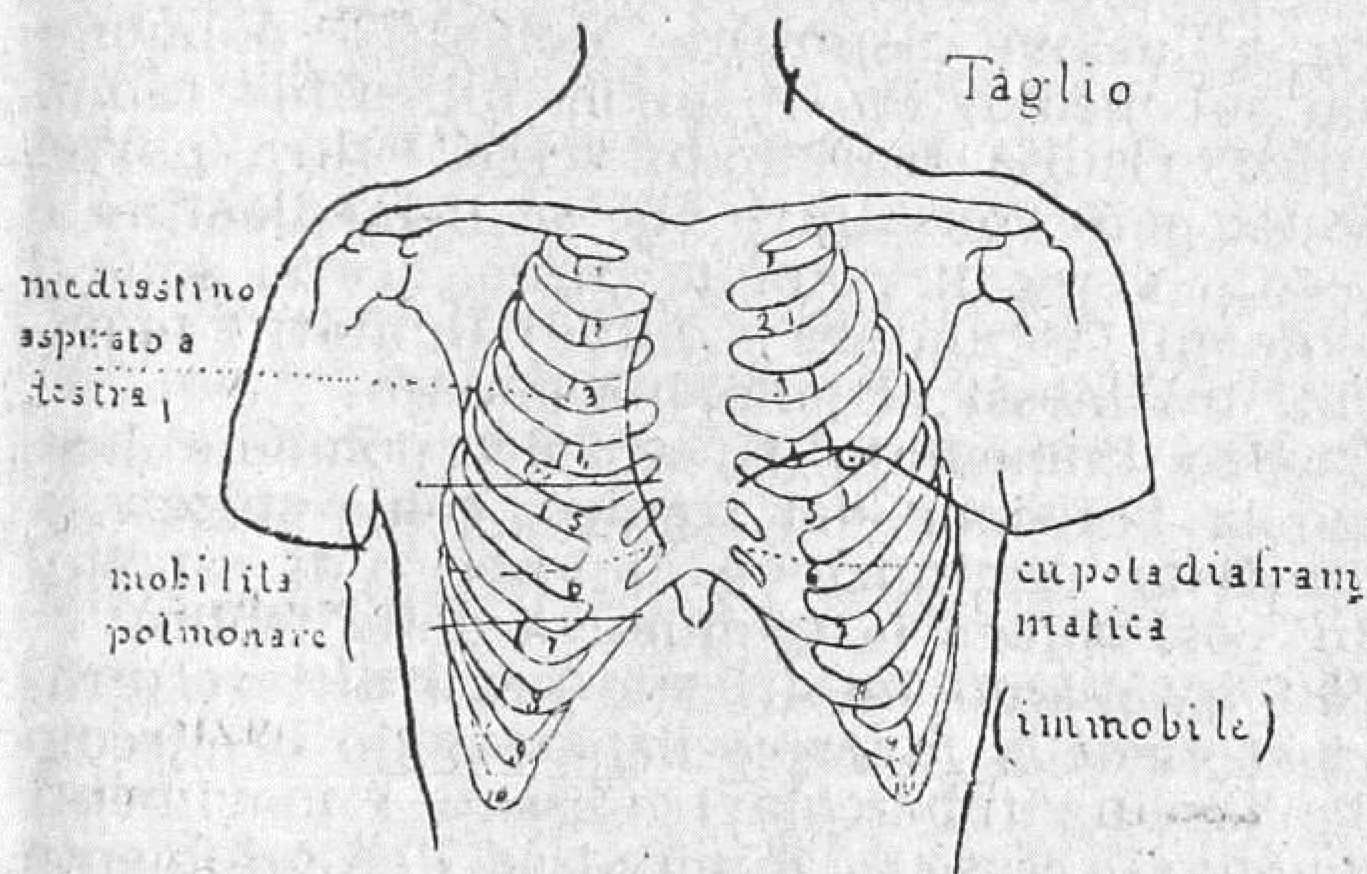


Fig. 4.

Il paziente, oltre alla solita impressione di dolore e sollevamento del diaframma, avvertì dolore verso le spalle e il braccio sinistro, dolori che durarono per parecchi giorni.

Notevole anche in questo caso l'immediato senso di benessere respiratorio appena reciso il frenico. Nei giorni seguenti l'operazione scomparve la febbre diminuirono fin quasi a scomparire la tosse e l'espettorato. Tornò l'appetito e in circa 13 giorni aumentò di tre chili.

Guarì per prima e lasciò la Casa di Cura Fate-Bene-Fratelli 13 giorni dopo l'operazione.

Obiettivamente le condizioni sue polmonari erano le seguenti: a destra reperto normale con mobilità del margine notevole; a sinistra immobilità dell'emitorace; alla percussione smorzatura timpanica in alto; ottusità alla base F. v. t. aumentato in alto, diminuito alla

base. Respiro scarso a sinistra con rari rantoli a piccolissime bolle.

I limiti polmonari sono bene visibili nell'unita fig. 4 nella quale i margini polmonari sono riprodotti quali si vedono all'esame radioscopico. Rividi il malato circa 1 mese dopo: e in ottime condizioni; afferma di aver poca tosse niente espettorato: obiettibamente riperto polmonare nelle condizioni sopra dette.

Notevole solo un abbassamento della spalla sinistra che io credo debba mettersi in rapporto sia colla abolita funzione respiratoria, sia colla recisione di qualche ramo nervoso anastomatico reciso col frenico come è logico pensare ricordando il dolore avvertito alla spalla dal paziente dopo l'operazione.

Esposti i tre casi, *riassumiamo i risultati ottenuti*.

Per effetto del taglio del frenico, cessa di funzionare la corrispondente metà del diaframma la quale viene aspirata verso l'alto per la retrazione del tessuto polmonare.

Il polmone viene perciò immediatamente messo a riposo.

Anche la corrispondente parete emitoracica risente di questa aspirazione in alto del diaframma e segue in parte questo movimento appiattendosi alla base: è questo un altro coefficiente di riposo polmonare. Il polmone dopo la recisione del frenico viene ad avere una limitata funzione e precisamente: 1° quella dovuta a muscoli respiratori per i quali, è da notare, dopo il taglio del frenico, una immediata ipofunzione; 2° quella parziale dovuta all'emitorace corrispondente che trascina l'altra metà per movimenti inspiratori; 3° quella dovuta all'azione aspirante dell'altro polmone sano sul mediastino il quale, all'esame radioscopico, risulta trascinato verso l'altra parte.

Potei però constatare che se il mediastino e spostato verso il polmone sano, scarsi sono i movimenti oscillatori e quindi limitati i movimenti trasmessi al polmone malato.

Questo immediato riposo del polmone leso dopo la recisione del frenico, come spiega la immediata diminuzione di tosse e di espettorato, così spiega la scomparsa della febbre.

Noi sappiamo infatti che negli atti respiratori si viene a favorire il passaggio in circolo delle tossine tubercolari. Cessati i movimenti polmonari, cessa o diminuisce l'assorbimento di tossine e scompare la febbre.

Si potrebbe qui ripetere a proposito della frenicotomia quanto si disse a proposito del meccanismo d'azione del pneumotorace, si potrebbero fare le varie ipotesi ammettere che il beneficio sia dovuto a stasi linfatica, a ischemia o a iperemia polmonare; a me pare che il riposo funzionale possa da solo spiegare tutti i benefici di questo intervento.

INDICAZIONE ALLA CURA.

A giudizio mio la frenicotomia nè può, nè deve costituire la cura pneumotoracica.

La frenicotomia è indicata:

1) nei casi in cui la lesione è monolaterale con vaste e irriducibili aderenze, cioè nelle forme post-pleuritiche, nelle quali il pneumotorace è impossibile e nelle quali il riposo anche parziale può, diminuendo la tossiemia tubercolare, dare all'organismo una maggiore resistenza, sia favorendo la neoformazione connettivale favorire la guarigione clinica o anatomica.

2) Nelle lesioni polmonari fibrose nelle quali il tessuto polmonare poco elastico, poco retrattile si presta male ad una cura pneumotoracica.

3) Nei casi di lesioni bilaterali nelle quali, null'altro potendosi fare, si tenta, eliminando la tossiemia dovuta al focolaio maggiore, di prolungare la vita del paziente.

4) È indicata nei casi in cui si voglia addivenire in seguito ad una toracoplastica e si abbiano dei dubbi sullo stato dell'altro polmone. In questo caso, una *frenicotomia* che chiamerei *preparatoria*, può, attivando o meno eventuali focolai controlaterali, consigliare o no una toracoplastica.

5) Consiglio infine la frenicotomia bilaterale (in due tempi) come si usa col pneumotorace a bassa pressione bilaterale negli stessi casi e cogli stessi intendimenti in cui questo è consigliato, coll'aggiunta che la frenicotomia bilaterale si può fare anche nei casi con aderenze, in cui il pneumotorace bilaterale non è possibile.

CONTROINDICAZIONI.

Sono controidicate alla cura (a parte quelli che possono e devono essere sottoposti a cura pneumotoracica) quelli nei quali esistono lesioni gravi a carico di altri organi, lesioni che da sole possono compromettere la vita del paziente.

Considero pure come controidicazione, la presenza di lesioni ampiamente cavitaria, le forme caseo-distruttive perchè in questi casi, non potendosi ottenere colla frenicotomia la totale compressione del parenchima polmonare, la cura sarebbe di completa inutilità.

COMPLICAZIONI.

Non credo si debbano considerare come complicanze gli eventuali errori del chirurgo, pur ammettendo che in certi casi vi sieno tali difficoltà tecniche (anomalie anatomiche, presenza di pacchi ghiandolari) da preoccupare il chirurgo.

Vi sono autori che ammettono la possibilità di disturbi respiratori dell'altro lato per lesioni di fasci nervosi che dal nervo frenico di un lato si anastomizzano col frenico dell'altro lato oppure disturbi per anastomosi con altri fasci nervosi.

Vi è chi ammette disturbi gastrici in relazione collo spostamento del diaframma.

Non ho esperienza in proposito, certo nei miei malati non ho avuta nessuna complicanza

degna di rilievo, tranne si voglia tener conto di alcuni dolori alla spalla e al petto, dolori scomparsi senza bisogno di cura. E così pure nei miei malati non ho avuto nessun disturbo a carico dell'apparato circolatorio (polso, pressione furono normali) anzi, ebbi un miglioramento nella funzionalità cardiaca, in relazione col miglioramento delle condizioni generali.

* * *

Esposto quanto sopra, può sorgere la domanda: Se la frenicotomia, atto semplice, di breve durata, dà così buoni risultati, può la frenicotomia sostituire sempre il pneumotorace?

Indubbiamente *no*. Il pneumotorace, dà il riposo totale assoluto del polmone, dà la compressione delle caverne, cosa che la frenicotomia non può fare.

Il pneumotorace, a cura ultimata, permette il ritorno del tessuto polmonare sano alle proprie funzioni: la frenicotomia abolisce permanentemente la funzione del diaframma e stabilisce una condizione immodificabile nello stato del polmone.

Basta l'enunciazione di questi due fatti per mettere in evidenza la diversa finalità dei due metodi curativi.

Un altro quesito si potrebbe qui porre. Dato un ammalato nel quale non si possa fare una cura pneumotoracica per presenza di aderenze, è consigliabile la frenicotomia o la toracoplastica?

Riprenderò in esame il problema quando avrò sufficienti casi di malati curati con toracoplastica.

Dirò solo che, ammessa l'esistenza di casi nei quali nè pneumotorace, nè frenicotomia possono dare risultati (forme cavitarie, caseo distruttive con aderenze pleuriche) si deve indubbiamente ricorrere a un intervento toracoplastico. Prima però di ricorrere ad un metodo così demolitivo e deformante che può inoltre presentare tante complicanze e incidenti immediati o tardivi ritengo si debba con attento esame del malato escludere la possibilità di guarigione clinica o anatomica cogli altri metodi di cura.

CROCE ROSSA ITALIANA

SANATORIO « BIRAGO DI VISCHE » (1° REPARTO)

Su di un caso di pleurite dal lato sano con pericardite nel corso di un pneumotorace terapeutico

per il dott. CARLO VERDINA, medico aiuto.

L'insorgere durante la cura pneumotoracica di un essudato pleurico dal lato del polmone collassato, purtroppo rappresenta una complicazione assai frequente (raggiungente secondo alcuni la percentuale del 60 %) i cui caratteri sia clinici che citologici, sono stati studiati a fondo, particolarmente dagli AA. francesi.

Al contrario lo stabilirsi di una pleurite essudativa dal lato sano, sempre durante il corso di un pneumotorace terapeutico è un'eventualità piuttosto rara, poco considerata, infatti nei trattati sul pneumotorace del Breccia e del Dumarest come pure nel « Handbuch der Tuberkolose » di Brauer, Schröder e Blumenfeld, e nel capitolo sul pneumotorace del v. Muralt in « Chirurgie der Brustorgane » del Sauerbruch non è accennata. Nella letteratura di questi ultimi tempi però sono comparse alcune osservazioni del genere per opera particolarmente del Als, Fischberg, Rossel e De Reyneri, Stivelman, Sussedorf, Zemmin, ed esse certamente portano notevole contributo alla più completa conoscenza dell'argomento.

L'associarsi ad un essudato pleurico dal lato sano, di un versamento pericardico è una complicazione ancora più rara ed indubbiamente di interesse clinico maggiore: finora non ne fu comunicata che una sola osservazione la cui descrizione venne fatta dal Lindig.

Nel caso di tale Autore 40 giorni dopo l'applicazione di un pneumotorace destro comparve una pericardite esterna e 4 giorni dopo una pleurite essudativa dal lato sano. Entrambi i processi flogistici però si risolsero in una ventina di giorni senza complicare per nulla il pneumotorace in atto che potè essere in seguito continuato.

Avendo avuto l'occasione di osservare nel mio reparto un caso del genere ho creduto utile esporlo brevemente colla convinzione di potere con tale contributo ampliare maggiormente l'interessante letteratura sul pneumotorace terapeutico che attualmente senza dubbio rappresenta l'arma più potente che possediamo contro la tubercolosi.

Eccone in succinto il decorso clinico:

N. 324. Ch. F. Età 25 anni. Pensionato di Guerra.

Ingresso in Sanatorio il 12 giugno 1922. Condizioni generali discrete. Peso Kg. 56,800.

Reperto polmonare: su tutta la proiezione del lobo superiore di destra suono plessico smorzato, fremito vocale tattile rinforzato, accenno a pettoriloquia.

All'ascoltazione respiro ad intonazione aspra, granuloso, accompagnato da gruppi di rantoli sottocrepitanti a media bolle resi maggiormente evidenti dai conati di tosse. Anteriormente nella fossa sottoclaveare lieve pettoriloquia afona, confluenza dei rantoli assumenti un timbro ulceroso. Alla base respiro tendente al complementare, ampliazione discreta, mobilità del margine polmonare: 3 cm. A sinistra nulla di patologico.

Esame radiologico. Cuore e grossi vari regolari. In tutta la parte superiore dell'àmbito destro notansi, disseminate, ombre di condensazione, a chiazze irregolari, tendenti alla confluenza. Ilo ingrandito con strie di peribronchite diffondentesi verso l'alto. Mobilità basale e diaframmatica buone, spazio complementare libero.

Ambito sinistro omogeneamente rischiarabile e trasparente.

Diagnosi. — Fibro-caseosi estensiva del lobo superiore e medio di destra.

Escreato: cmc. 15 giornalieri; muco-purulento, positivo per il bacillo di Koch (N. 3 della scala di Gaffki) numerose fibre elastiche. R. V. P. 81; Spirometria 2700. Wildbolz: + Temperatura = 38°-38°,5. Cutireazione; = + Pressione: S.: 98; D.: 70 (Recklinghausen).

14 luglio. — Si inizia il pneumotorace a destra. Introdotti 250 cmc. N; PT. -6-4.

19 luglio. — II introduzione; 400 cmc. N. PT. -5-2. All'esame radiologico pneumotorace diffuso a tutta la base destra con discreta compressione polmonare.

25 luglio. — III introduzione: 350 cmc. N; PT. -5-1.

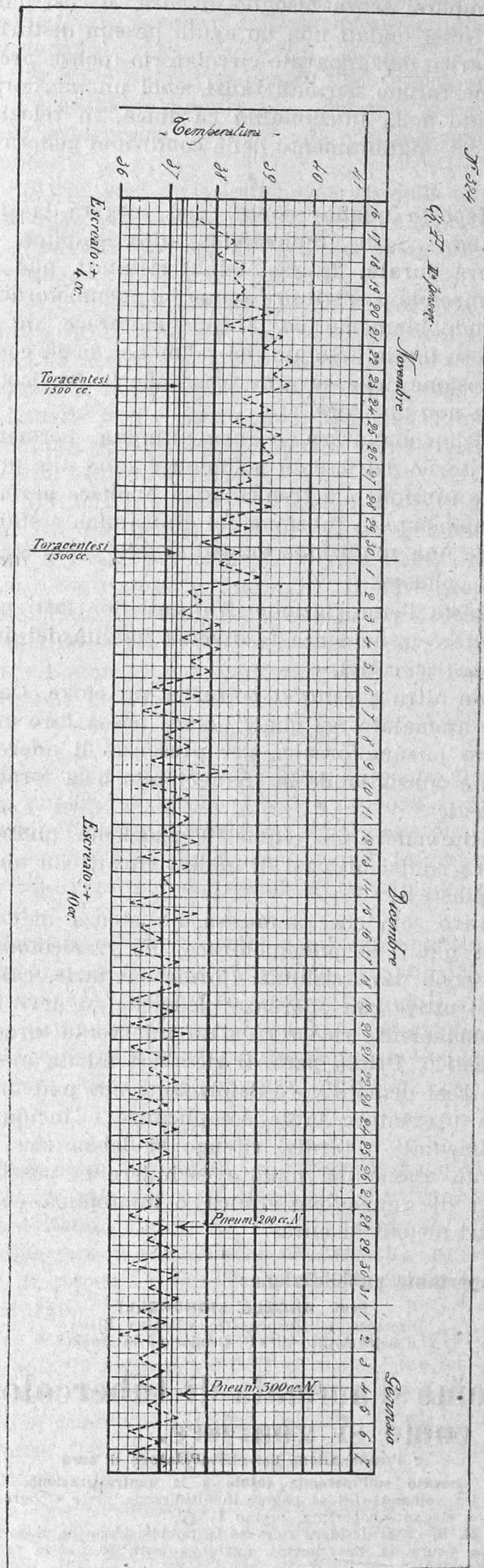
31 luglio. — IV introduzione: 400 cmc. N; PT. -3-0.

8 novembre. — XV introduzione: 300 cmc. N; PT. -1-4. Apirettico. Escreato: tracce; positivo pei bacilli di Koch. Radioscopia: pneumotorace destro completo con piccola aderenza apicale; tolleranza controlaterale buona. Mediastino in situ.

17 novembre. — T. 38°.4. Malessere generale; anoressia, lieve dispnea e dolori all'emitorace sinistro. Plessicamente vi si riscontra ipofonesi respiro oscuro nei due tempi FVT: indebolito. Cuore: azione cardiaca concitata. Toni puri.

20 novembre. — Nella notte il paziente è colto da dispnea intensa, cardiopalmo, temperatura: 39°2. All'esame obbiettivo a destra pneumotorace completo in atto; a sinistra dalla base, fino all'angolo della scapola suono smorzato, con resistenza al dito, FVT: — Alla ascoltazione respiro oscuro, diminuito, accenno ad egofonia. La puntura esplorativa dà esito ad un liquido limpido citrino. Rivalta: +: Albume: 11 %; Esame citologico: numerosi linfociti scarse emazie e cellule endoteliali, rari microfagi a granulazioni acidofile. Bacilli di Koch: assenti.

23 novembre. — Malgrado il versamento alla base di sinistra non sia aumentato l'A. presenta dispnea crescente, cianosi al volto, polso piccolo (120), dolori retrosternali irradiantisi posteriormente, disfagia, lieve disfonia, tosse secca, stizzosa.



23 novembre. — Toracentesi: 1500 cmc. liquido sempre limpido citrino. Albume: 10 %. L'ottusità cardiaca si presenta ingrossata e si sposta leggermente facendo muovere l'A.; diametro trasverso cm. 18. Angolo epato-cardiaco ottuso; Itto non visibile nè palpabile. Toni cardiaci oscuri, profondi; qualche sfregamento pericardico sincrono coll'azione cardiaca in corrispondenza del manubrio dello sterno, turgore delle vene del collo.

27 novembre. — T.: 38°8. Il versamento alla base di sinistra si è riformato e la sua ottusità a destra si perde in quella cardiaca, in alto giunge fino alla VII costa. Sempre evidenti gli sfregamenti pericardici, specie facendo inclinare il paziente in avanti. Stato soggettivo sempre grave.

30 novembre. — T.: 38°,5. II toracentesi: 1300 cmc. liquido limpido trasparente. Albume: 9 %. Reperto citologico: immodificato. Il diametro del cuore si è ridotto (cm. 15); l'itto si vede indistintamente al VI spazio intercostale e su vari punti dell'area cardiaca si palpano e si odono sfregamenti pericardici. A destra: lieve riespansione del polmone collabito.

2 dicembre. — T.: 37°,9. Il versamento a sinistra si mantiene stazionario. Si odono sempre gli sfregamenti pericardici sincroni coll'attività cardiaca.

7 dicembre. — T.: 37°2. Il versamento alla base di sinistra, va sempre riassorbendosi; al di sopra di esso si odono crepitii pleurici sparsi. Reperto cardiaco immutato; il polmone di destra si è riespanso notevolmente. Escreato: 10 cmc.

14 dicembre. — T.: 37°,2. Alla base di sinistra non si riscontrano più tracce di liquido. Si odono crepitii pleurici sparsi. Cuore: diametro trasverso cm. 13. Itto: VI spazio intercostale, 2 cm. all'infuori dell'emiclaveare; alla punta si ascolta un rumore di sfregamento a carattere musicale inspiratorio ed espiratorio.

Esame radiologico. — A destra: riespansione del polmone occupante la metà superiore del cavo pleurico. A sinistra: ambito omogeneamente rischiarabile e trasparente; spazio completamente libero; il pericardio si presenta notevolmente disteso sul diaframma e dà l'impressione di essere aderente su di una larga superficie.

28 dicembre. — Apirettico: introdotti cmc. 200 N; PT -3-5.

4 gennaio 1923. — Condizioni generali buone. Nessuna reazione a sinistra. Introdotti 300 cmc. N; PT. -1-3.

10 gennaio 1923. — L'ammalato viene dimesso. Peso 58,200. Condizioni generali discrete. Espettorato quasi scomparso, negativo pel bacillo di Koch.

***

Come si vede dalla presente storia clinica, quattro mesi circa dopo l'applicazione di un pneumotorace destro, che era riuscito quasi completo, esistendo solo una piccola aderenza apicale, insorse una pleurite essudativa dal lato sano alla quale si associò probabilmente dopo 4 giorni una pericardite pure essudativa. Dico probabilmente, poichè le due sintomatologie si erano rapidamente sovrapposte in modo tale da renderne difficile una differenzazione, nè d'altronde i reperti fisici potevano portare maggior luce mascherando completamente il versamento pleurico i reperti cardiaci.

Comunque la notevole accentuazione della dispnea, la cianosi spiccatissima, l'insorgere dei dolori retrosternali, la piccolezza del polso la disfonia resisi oltre modo evidente tra il 21 e 23 novembre fanno pensare che sotto tale data si sia appunto iniziata la pericardite, specie che dopo praticata la toracentesi lo stato soggettivo del paziente non apparve di molto migliorato.

Entrambi gli essudati regredirono rapidamente prima il pericardico indi il pleurico residuando degli sfregamenti e dopo 40 giorni circa l'ammalato era completamente apirettico (Cfr. curva termica). Nel frattempo le insufflazioni nel cavo pneumotoracico erano state sospese ed il polmone si era riespanso determinando una lieve ricomparsa di escreato mucopurulento: nessuna reazione infiammatoria pleurica si ebbe ad osservare. In considerazione di ciò il 28 novembre vennero prudentemente introdotti 200 cmc. di N. che non furono seguiti da alcuna reazione. Dopo altri 5 giorni venne fatta una nuova insufflazione pure ben tollerata e da allora i rifornimenti continuati regolarmente.

***

L'importanza clinica del caso è in rapporto essenzialmente alle considerazioni patogenetiche, prognostice e terapeutiche che se possono dedurre.

Dal lato patogenetico nel nostro paziente non credo si possa pensare come in quello del Lindig ad una propagazione per *continuitatem* dalla pleura del cavo pneumotoracico poichè dal lato del polmone collassato non si ebbe a verificare nulla di patologico da conciliarsi con tale ipotesi.

Credo invece probabile che la sindrome in parola sia da scriversi ad un processo intercorrente di polisierosite tubercolare pleuropericardica, del tutto simile a quella, classicamente descritta dall'Ameuille. Essa sarebbe quindi una complicazione quasi indipendente dal pneumotorace, poichè tutt'al più si potrebbe ammettere che in seguito alla compressione dei focolai attivi del polmone leso si sia determinata in un momento di anergia dell'organismo una generalizzazione e per via sanguigna o per via linfatica con successiva localizzazione sulla sierose pleuriche e pericardiche, meccanismo patogenetico questo invocato pure nelle pleuriti insorgenti nel cavo

pneumotoracico, la cui eziologia, come altrove ebbi già a far notare (1) è ancora piuttosto oscura.

Non meno interessanti sono le conclusioni prognostiche che si possono trarre.

Come di leggeri si comprenderà l'associarsi di una notevole riduzione della superficie respiratoria determinata dal versamento pleurico, e della compressione del cuore da parte delle'ssudato pericardico viene a creare un perturbamento funzionale dei due organi più importanti del torace tale, da non permettere di formulare un giudizio prognostico fondato.

Resisterà il cuore lo squilibrio funzionale? La notevole riduzione della superficie respiratoria non sarà fatale? Tali assillanti domande che pure noi ci siamo poste trovano risposta nel decorso clinico del nostro caso che d'altronde viene a confermare i felici esiti pure registrati dagli AA. più sopra citati in casi quasi consimili.

L'insorgere quindi contemporaneo di un essudato pleurico contro laterale e di una pericardite nel corso di un pneumotorace terapeutico rappresenta indubbiamente una complicazione assai grave, ma non necessariamente fatale. L'evoluzione dei versamenti è piuttosto favorevole nè vi è tendenza a localizzarsi nel parenchima sottostante. La citologia dell'essudato, secondo i criteri del Dumarest, conferma la loro benignità.

Conseguentemente il pneumotorace in corso non viene per nulla compromesso, e passata la crisi esso può essere continuato, senza tema di sorta.

La terapia deve essere essenzialmente sintomatica, locale. Compito precipuo è quello di impedire l'eccessiva riduzione del campo respiratorio resa maggiormente gravosa dal contemporaneo essudato pericardico. La toracentesi s'impone quindi d'urgenza coll'accentuarsi dei fatti dispnoici ed indubbiamente può anche giovare un'eventuale sottrazione di gaz dal cavo pneumotoracico onde facilitare una parziale riespansione del polmone collassato.

In quanto all'essudato pericardico, sulla cui entità se ne potrà rendere conto solo dopo praticata la toracentesi, esiste indicazione ad una evacuazione solo nel caso che esso assuma proporzioni inquietanti.

Come cura generale la Sieroterapia antitubercolare, in queste forme in cui l'organismo pare si difenda utilmente deve dare risultati favorevoli.

Ottobre, 1923.

---

(1) C. VERDINA. — Sulla frequenza delle perforazioni polmonari nel corso del pneumotorace terapeutico. Minerva Medica, N. 17, 1923.

BIBLIOGRAFIA.

E. ALS. *Ein Fall von rechtseitigem Pneumothorax artificialis mit linksseitier Pleuritis exsudativa.* Zeitschr. f. Tuberkulose, B. 31, H. 6, pag. 333, 1920.

M. FISHBERG. *A case of artificial pneumothorax, complicated by hydropneumothorax and pleurisy with effusion in the untrated side.* American Rewiev of Tuberculose, novembre, 1920, n. 9.

W. LINDIG. *Pneumothorax artificialis, Pericarditis externa, Pleuritis exudativa der Gegenseite.* Beitäge z. Klinik der Tuberkulose, Bd. 54, n. 3, p. 293, 1922.

I. NEUER. *Klinische Beobachtungen an Tuberkulosen mit Kunstlichem Pneumothorax.* Beitäge z. Klinik der Tuberkulose. Jubiläumband 50, p. 354, 1922.

G. ROSSEL et DE REYNERI. *Pleuresie exudative du cotè sain chez deux malades traités par le pneumothorax artificial.* Revue médicale de la Suisse romande, n. 3, p. 169, mars, 1921.

L. SPENGLER. *Zur Behandlung der Tuberkulosen Pleuraexudate.* Beitäge z. Klinik der Tuberkulose. Jubiläumband 50, p. 344, 1922.

STIVELMAN, BARNETT P. *Terapeutic pneumothorax complicated by hydropneumothorax and pleurisy with effusion on the untreated side.* Americ. journ. of the med. sciences. V. 162, n. 2, p. 270, 1921.

A. SÜSSDORF. *Pneumothorax artificialis und Pleuritis exudativa der Gegenseite.* Beiträge z. Klinik der Tuberkulose. B. 45, nov., 1920.

H. ZEMMIN. *Ein fall von pleuritischen Exudat auf der gesunden Lungenseite, bei der behandlung mit kunstlichem Pneumothorax.* Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 47, H. 2, pag. 169, 1921.

TRATTATI CONSULTATI:

G. BRECCIA. *La Tubercolosi polmonare.* Utet., 1921.

J. B. MORELLI. *Pneumothorax artificial y otras intervenciones en la tubercolosis pulmonar.* Imprenta Nacional, Montevideo, 1918.

F. SAUERBRUCH. *Chirurgie der Brustorgane.* «*Der Kunstliche pneumothorax*», Von L. Muralt., Berlin, Springer, 1921.

F. DUMAREST et MURARD. *La pratique du pneumothorax thérapeutique*, Paris, Masson, 1923.

L. BRAUER, G. SCHRÖDER, F. BLUMENFELD. *Handbuch der Tuberkulose*, A. Barth, Leipzig., 1922.

TECNICA.

Di una nuova tecnica per le applicazioni di terapia luminosa ed ultravioletta (arco metallico a concentrazione per riflessione).

Prof. dott. ADDEO TOTI - Firenze.

La storia della fototerapia moderna si può, dal punto di vista dell'indirizzo tecnico, dividere, in linea generale, nei quattro periodi che seguono:

1° Periodo (Finsen). Lampade potentissime ad arco voltaico a carboni. Concentrazione di un piccolo segmento della sfera radiante con un sistema di lenti, prima di vetro, poi di quarzo, e raffreddamento ad acqua. Apparecchio costoso, di grande consumo di energia elettrica e spreco di energia radiante, adatto solo per applicazioni circoscritte;

2° Periodo (Bang, Strebel, Kyieldsen). Lampade ad arco metallico di forte intensità senza concentrazione, e con raffreddamento degli elettrodi con acqua corrente. Periodo effimero, non tanto per difetto intrinseco (chè, come dimostreremo ulteriormente, il concetto fondamentale era ottimo e suscettibile di perfezionamenti tali da assicurarne la riuscita), quanto perchè soffocato nel nascere dal sopravvenire del

3° Periodo (Hewitt, Kromayer, Bach, Jesionek, Westinghouse, ecc.). Lampade di quarzo ad arco di vapori metallici di mercurio.

Fino a pochi anni fa, sembrava che la lampada di quarzo rappresentasse la soluzione definitiva del problema della fototerapia artificiale locale e generale, malgrado le qualità fisiche del suo spettro che, ad eccezione della abbondante radiazione ultra-violetta, è quanto più dissimile si possa immaginare dallo spettro solare che vorrebbe e dovrebbe imitare (1). Ma dopo i brillanti risultati ottenuti dagli elioterapisti in genere e sopratutto in alta montagna, e sopratutto poi dopo i più recenti successi ottenuti colle applicazioni dell'arco voltaico potente a carboni da Hasselbach e da Axel Reyn nell'Istituto Finsen a Copenaghen; dopo i resultati delle ricerche sull'influenza favorevole esercitata sul ricambio organico dei raggi più specialmente e intensamente calorici (rossi e gialli) del sole e dell'arco voltaico; dopo che tali resulati sono stati più recentemente confermati ed ampliati da Sonne (2) nell'Istituto Finsen, siamo entrati decisamente nel

4° Periodo, in cui alla lampada di quarzo tornano a fare seria concorrenza, specialmente per le applicazioni generali, per i bagni di luce, le lampade ad arco di carboni, che dànno uno spettro quasi uguale a quello del sole. Notiamo subito però che occorrono lampade molto potenti; quelle, ad esempio, che ora sono in uso all'Istituto Finsen a Copenaghen, consumano da 1100 ad oltre 4000 watts per ciascuna, e carboni in proporzione (3); mentre le lampade di quarzo consumano solo 500 a 700 watts all'ora, ed hanno una durata utile di circa 500 ore.

Che la lampada ad arco col suo spettro completo anche di raggi calorici torni a fare una seria concorrenza alle fredde lampade di quarzo, lo si può del resto dedurre, oltre che dai dati scientifici e biologici accennati, anche dal fatto che la Casa di Hanau, la più grande produttrice delle lampade a mercurio, ha sentito il bisogno di mettere in commercio una «lampada supplementare Sollux», di cui lo stesso Bach dice trattarsi di un «intenso irradiatore di calore, che rende la cute specialmente sensibile all'assorbimento della radiazione ultra-violetta» (4), da usarsi simultaneamente alla lampada di quarzo o in casi appropriati anche da solo.

***

Così stando le cose, io ho pensato che sarebbe opportuno combinare un apparecchio che il più possibilmente riunisse i vantaggi ed evitasse gli inconvenienti dell'una e dell'altra categoria di lampade; e ritengo di aver risoluto il problema con l'apparecchio che qui descriverò sommariamente a titolo di comunicazione preventiva; dichiarando subito però che con questo non intendo di rivelare nè pretendo di aver fatto nessuna nuova invenzione o scoperta, ma solo una opportuna utilizzazione di fatti fisici e biologici perfettamenti noti, e della esperienza di chi mi ha preceduto.

Si tratta di un arco i cui raggi vengono raccolti e proiettati per mezzo di un ampio riflettore metallico concavo, perfettamente regolare e levigato, che — come ha provato la tecnica moderna degli apparecchi di proiezione — permette di utilizzare, della radiazione di una sorgente luminosa posta lungo il suo asse centrale, una quantità da sei a dodici volte maggiore di quella che si utilizzava prima coi sistemi di concentrazione a mezzo di due o tre

(1) È uno spettro *incompleto* e *discontinuo*, senza *nessuna radiazione* nel *rosso*, e solo qualche linea staccata nelle altre regioni della porzione luminosa.

(2) Citato da HANSEN nella sua Rivista sintetico-critica: *Klin. Wochenschr*, 1922, n. 29.

(3) Vedi DE FRANÇOIS: *De la photother. au moyen des lampes à mercure et à arc.* Journal de Radiologie, 1923, n. 2.

(4) BACH. *Bestrahlung mit der Quarzlampe.* Leipzig, 1922, pag. 151.

lenti. In ragione di questa grande utilizzazione l'arco in parola funziona egregiamente, agli effetti terapeutici che vedremo, colla corrente continua a 150 volts, con un consumo di due Ampères ossia di 300 watts all'ora. Colla corrente alternata, è necessario un trasformatore. Il consumo degli elettrodi è insignificante, quello dell'apparecchio, nullo.

L'arco si forma all'aria libera fra due elettrodi *metallici* posti sulla stessa linea perpendicolare al piano del riflettore e passante per il centro; e, a seconda che l'arco venga allontanato o ravvicinato al riflettore stesso, il fascio di raggi raccolto forma un fuoco, o più vicino e di piccolo diametro, o più lontano e di diametro maggiore; oppure, al di là di un certo limite, i raggi stessi escono paralleli sotto forma di un fascio press'a poco cilindrico, del diametro di 25-30 centimetri.

A seconda della natura dei metalli o meglio delle leghe metalliche di cui sono costituiti gli elettrodi, si possono avere tipi differentissimi di fascio luminoso e radiante: sia per composizione ed estensione, sia per l'intensità relativa ed assoluta delle singole porzioni del suo spettro. Si può così ottenere, ad es., una sorgente radiante che dia uno spettro press'a poco analogo a quello delle lampade di quarzo a vapori di mercurio, cioè quasi del tutto privo di raggi calorifici e ricchissimo di raggi ultra-violetti; ed anche, quello che più importa, si può ottenere uno spettro *completo e continuo con una notevole intensità al tempo stesso di raggi luminosi e di ultra-violetti*, che ha insomma riunite tutte le proprietà più importanti, dal lato terapeutico, degli spettri forniti dall'arco di carbone e dalla lampada di quarzo.

Anche in questo caso la radiazione ultra-violetta è molto abbondante in confronto a quella utilizzabile cogli altri tipi di lampade. Di ciò ho potuto convincermi: sia studiando lo spettro del fascio luminoso col prisma di quarzo, sia studiando l'effetto sulla scarica dell'elettroscopio (effetto Hallwachs), sia col metodo biologico. Infatti Jesionek (cit. da Bach: *Bestrahl. mit d. Quarzlampe*, p. 16) dice: « L'intensità delle nostre lampade di quarzo è tale, che in un individuo biondo, a pelle bianca, a distanza di 4 metri dalla sorgente luminosa si ha dopo *un'ora* d'irradiazione una lieve dermatite eritematosa ».

Orbene, col fascio di luce parallelo (del diametro di 25-30 cm.) si ottiene, colla lampada a elettrodi metallici, con 300 watts, lo stesso effetto a pari condizioni con *un quarto* d'ora di applicazione. Questo avviene — s'intende — in ragione della migliore utilizzazione dell'energia radiante prodotta.

TECNICA DELLE APPLICAZIONI.

Applicazioni locali. — Colla prima combinazione di elettrodi (spettro simile a quello della lampada di quarzo), le applicazioni possono farsi anche con fuoco vicinissimo (fino a soli 40 cm. dall'arco) e quindi di piccolo diametro (15-20 millimetri), e concentratissimo. In queste condizioni basta *un minuto* per ottenere un eritema che è già manifesto tre ore dopo l'applicazione e dura 3-4 giorni.

Colla seconda combinazione (spettro completo e continuo), il fuoco deve essere a non meno di 70, fino a 120 cm. dall'arco; entro questi limiti il fuoco, specialmente se si dà agli elettrodi la massima divaricazione, ha una certa lunghezza, nel corso della quale esiste un punto, facile del resto a trovarsi, nel quale il calore è moderato e tollerabile.

Applicazioni generali. — Per queste è più opportuno, ravvicinando molto l'arco al riflettore, dare al fascio reflesso la massima ampiezza e con decorso di raggi parallelo. In tal caso anche il calore viene a trovarsi distribuito sopra una più larga superficie, e la parte da irradiare può essere impunemente tenuta, per un tempo equo, vicinissima alla sorgente luminosa, ottenendosi così il vantaggio di poter usufruire nelle migliori condizioni, oltrechè dell'energia reflessa, anche di quella proveniente direttamente dall'arco; questa infatti, a differenza di quella reflessa dallo specchio, può essere utilizzata solo in ragione inversa del quadrato della distanza dalla sorgente. Si potrà obiettare che, anche in queste condizioni di massimo sfruttameno per intensità ed estensione, la irradiazione possa non colpire una superficie abbastanza ampia da aver effetti su tutto l'organismo, e che quindi l'apparecchio sia poco adatto per le applicazioni a questo scopo. Anzi, dico subito che io stesso fin da principio avevo immaginato e adoperato il mio strumento al solo scopo di applicazioni terapeutiche *locali*, superficiali e profonde. Ma nel corso di questi esperimenti, che datano ormai da più di un anno con ottimi risultati — tali da non lasciar nulla a desiderare di megio in confronto cogli altri sistemi — io mi ero a poco a poco persuaso — anzi se ne erano accorti per i primi alcuni dei miei malati — che non mancavano i noti effetti generali della fototerapia. E che così dovesse essere realmente, appare già molto verosimile, considerando che anche le azioni biologiche della luce obbediscono, sia pure entro certi limiti, sia pure con certe restrizioni e limitazio-

ni, sia pure con qualche eccezione, alla legge generale di Bunsen-Roscoe, e quindi si esercitano in ragione diretta e proporzionale della *intensità*, della *durata* e della *estensione*, mentre a loro volta intensità, durata ed estensione delle applicazioni possono, entro limiti ragionevoli, reciprocamente *sostituirsi*. Nel caso nostro però non solamente abbiamo il compenso della limitata estensione nella maggiore intensità; ma possiamo avvantaggiarci ancora di un semplicissimo ed elementare artifizio, qual'è quello di fare successivamente, nella stessa seduta, in parti differenti del corpo, 2-3 applicazioni dell'estensione circolare di 25-30 cm., irradiando così press'a poco una superficie uguale a quella irradiata col cosidetto bagno generale di luce colle lampade di quarzo o ad arco voltaico. Ciascuna di queste applicazioni può e deve essere corrispondentemente più breve del bagno di luce generale con le altre lampade, in modo da avere uguali effetti generali con una durata complessiva di applicazione non due o tre volte maggiore ma press'a poco uguale. La ragione di ciò sta nel fatto che in quella zona utilizzabile suindicata di 25-30 cm., si ha un'intensità di radiazione sulla unità di superficie molto superiore a quella che si ha colle altre lampade alle distanze a cui praticamente si fanno le applicazioni generali.

Per tutti questi motivi era giustificato che io mi ritenessi autorizzato — e bene autorizzato — a ritenere il mio apparecchio maturo a subire, agli effetti delle applicazioni *mediche generali* della fototerapia nel più ampio senso della parola, l'*experimentum crucis* della prova clinica.

Ora, fra le applicazioni cliniche di fototerapia veramente dimostrative, la più probante, quella che assurge al grado di valore di un vero e proprio esperimento di laboratorio, ce lo fornisce la pediatria nel campo della rachitide e della tetania. E tale esperimento è infatti in corso in un Istituto Clinico che dà tutte le garanzie di rigore di osservazione e di mezzi di controllo scientifico.

NOTE E CONTRIBUTI.

Le ragadi del capezzolo.

Dott. GIUSEPPE MASSIMI.

Nei primi giorni dell'allattamento circa il 50 % delle primipare ed il 25 % della pluripare presentano sfaldamento e screpolature dei capezzoli, dette comunemente ragadi, le quali ragadi spesso danno luogo a complicanze infettive.

Ciò che favorisce il persistere di queste screpolature e lo svilupparsi delle complicanze, sta appunto in quella sorpassata mentalità medica di voler guarire tali lesioni con farmachi nuovi o rari, senza andare alla ricerca della causa. Quando nei primi giorni dell'allattamento, la donna che nel porgere il capezzolo al bambino, avverte dolore, chiede consiglio al medico od alla levatrice, di solito si vede prescrivere uno dei tanti rimedi farmaceutici. Alla inefficacia del primo rimedio ne viene suggerito un secondo e così di seguito, fino a che, a volte, si arriva alla suppurazione, alla perdita dell'allattamento ed a più gravi complicanze.

Quanto sia illogico tutto ciò, può comprendersi ricordando che la **causa più comune delle** ragadi del capezzolo **sta nella insufficiente secrezione della mammella**. Quando il bambino affamato assordisce con le sue grida, la mamma cerca di quietarlo dandogli a succiare la mammella sprovvista di latte, e nel succiamento inutile il capezzolo prima si screpola e poi si infetta. Sarebbe tanto facile evitare questi danni somministrando al bambino qualche poppatoio di latte di mucca tecnicamente preparato, risparmiando così la mammella che dopo anni di inerzia a volte stenta di avviare la secrezione; ma contro un consiglio così logico ci sono ancora vecchi pregiudizi.

Da molti si crede che se non si fa poppare il bambino regolarmente fin dai primi giorni riesca poi più difficile avviare l'allattamento. Certo per aumentare il potere lattifero della mammella è necessario il succiamento del bambino, e se questo stimolo è ridotto, non per questo la secrezione viene alterata, ma solo ritardata. D'altra parte numerosi esempi mostrano che anche sospendendo l'allattamento per qualche giorno la secrezione del latte non viene perduta; essa stenterà al principio, ma poi ritornerà abbondante. Infine è noto che evitati i fatti di infezione acuta delle mammelle, sono le condizioni generali che decidono il valore della nutrice.

Si obbietta inoltre che se il bambino si abitua al poppatoio, ricerca meno il latte della mammella che richiede una fatica maggiore;

ma quando il bambino avrà fame si adatterà facilmente a faticare di più. È certo che dando al bambino più di due poppatoi nelle 24 ore, la madre perde il suo latte; ma a questo si arriva dopo tre o quattro mesi; solo allora il petto materno non sufficientemente munto, finisce col non dare più latte. Ma fra questo eccesso di riposo e il malatrattamento a sangue del capezzolo c'è grande distanza. Quindi pur mantenendosi nel limite concesso dai due poppatoi nelle 24 ore, si possono benissimo superare molte difficoltà al principio dell'allattamento, evitando molte complicanze infettive.

Vi è poi un'altra ragione che induce a risparmiare il capezzolo nei primi giorni del puerperio. La donna allora è degente in letto con un abbondante spurgo vaginale, ricco di germi; si hanno quindi maggiori occasioni perchè le ragadi si infettino. Finito il puerperio i pericoli di infezione saranno minori ed anche le ragadi meno pericolose.

Per non risparmiare qualche poppata nei primi giorni, a volte si arriva all'infezione delle ragadi ed allora sopravvenendo la febbre, si deve sospendere del tutto l'allattamento con la mammella malata, fino a che persiste la febbre stessa. A questo riposo completo per lo più fanno opposizione la nutrice e le altre donne della casa .Nella loro mente si crede che se la mammella è piena deve essere vuotata, e non pensano che le mammelle per quanto più si mungono tanto più presto si riempiono. Per la osservazione errata che a volte, dopo il riposo forzato, imposto dal dolore, venne la suppurazione, si è creduto che la mammella non avrebbe suppurato se non fosse stata munta, senza tener conto che la mammella non fu munta perchè malata. Così a volte vengono a trovarsi in completa opposizione il medico che ordina il riposo e la famiglia che insiste per il vuotamento; ma l'ingorgo del seno per mancato succiamento, anche se doloroso, non porta danno; mentre il non lasciare in riposo una mammella che minaccia d'infettarsi è uno di quegli errori che si pagano cari.

Diminuito il lavoro della mammella, si potranno applicare i rimedi suggeriti per le ragadi del capezzolo; la glicerina se il capezzolo è ruvido e l'alcool etilico se molle, sono sufficienti. Alcuni prescrivono qualche cosa di più ricercato, come tannino, ittiolo, rosso scarlatto, ma le puerpere fanno sempre poco uso di questi rimedi che insudiciano la biancheria senza avere alcun vantaggio speciale.

È poi utile non bagnare troppo spesso con acqua i capezzoli, che anzi vanno tenuti asciutti e coperti con un fazzoletto. Questo fazzoletto, che si può facilmente sterilizzare stirandolo umido con ferro ben caldo, va cambiato ad ogni poppata e su di esso sarà versata qualche goccia di glicerina o di alcool per le ordinarie medicature. Infine nei primi giorni dell'allattamento per non sciupare il capezzolo, si avrà cura di dare al bambino una sola mammella ad ogni poppata; di non tenere il bambino al seno più di 15 minuti; di non farlo mai addormentare col capezzolo fra le mascelle.

Queste poche regole, sufficienti per evitare le infezioni delle mammelle debbono essere diffuse per quanto è possibile fra il pubblico; perchè nell'avviare un allattamento l'opera del medico riesce tanto più efficace per quanto più trova consenso fra le donne dell'ambiente che, in simili casi, danno sempre il loro parere.

Roma, gennaio 1924.

DIVAGAZIONI.

Dottrine e misteri dell'omeopatia.

È noto che dal 1921 era stato decretato di aggiungere alla Farmacopea Ufficiale del Regno quella omeopatica, di cui è stato da quasi un anno presentato lo schema al Consiglio Superiore di Sanità con una relazione dei dottori A. Mattioli, D. Mattoli e A. Gaiter. Da allora non si sa più nulla del destino di questa farmacopea avvolta anch'essa nel mistero al pari degli scarsi ma devoti credenti che l'omeopatia conta in Italia. All'estero e specialmente nei paesi di lingua inglese, le dottrine omeopatiche hanno numerosi proseliti, che le diffondono con convinzione di fede, in pubblicazioni le quali, nonostante la veste in apparenza scientifica, fanno sempre l'impressione di qualche cosa di dogmatico e di esoterico.

Del resto lo stile ed il modo di presentare le questioni che colpisce nei trattatisti della omeopatia e che li fa rassomigliare più a metafisici che a medici, è in parte imputabile al fatto che essi intendono volgere le menti ad un indirizzo ben diverso dall'attuale e debbono quindi impostare la questione dottrinale, che per noi rappresenta invece un postulato che si ammette come verità fondamentale. Ma è indubitato che anche il nostro è un sistema di concepire i fatti che osserviamo, sistema che oggi ci sembra l'unico possibile, ma che potrà mutare coi tempi, come si modificano e mutano i modi di concepire l'universo.

Gli omeopatici ripetono la loro origine da

Ippocrate che curava il colera con l'elleboro bianco (*Veratrum album*), il quale provoca i sintomi stessi del colera, ed osservava che la tosse e la stranguria sono provocate e guarite dalla stessa cosa. Il vero fondatore della omeopatia è però Samuele Hahnemann (nato il 10 aprile 1755 a Meissen, piccola città della Sassonia) che stabilì i principî e le leggi che ancor oggi, con apportune modificazioni, governano l'omeopatia e salì, ancora vivo, in grande fama.

PRINCIPÎ FONDAMENTALI.

Lo stato morboso, dicono gli omeopatici, va considerato come una eccitazione latente, come un'irritazione del protoplasma. D'altra parte il medicamento, per essere considerato come attivo, deve provocare un insieme di sintomi simili a quelli della malattia che si vuol trattare. È questo il *principio di similitudine* che governa tutta la omeopatia. Occorre quindi una serie di esperimenti per stabilire la così detta *patogenesia*, cioè l'insieme dei sintomi provocati dalle sostanze medicamentose, esperimenti che vanno fatti sull'uomo e non sugli animali, poichè non si possono in questi notare i sintomi subbiettivi che sono i più importanti dal punto di vista omeopatico.

Ma perchè il medicamento possa esercitare l'azione desiderata, deve essere somministrato a dosi giuste. Ora i fenomeni vitali hanno bisogno, per compiersi, di un'eccitazione che deve essere nella giusta misura, poichè se troppo debole è insufficiente, se troppo forte dannosa. Il medicamento deve agire come un eccitante delle funzioni della cellula, la quale deve per mezzo di esso riprendere il movimento di nutrizione turbato dal processo patologico. Da ciò la necessità di diluire il medicamento in modo da *somministrare dosi infinitesime*.

Sulla base di questi due principî, quello della similitudine e quello della dose infinitesima, l'omeopatico procede alla cura del malato, con una minuziosa analisi dei sintomi, fondata essenzialmente sulle sensazioni subbiettive, con speciale riguardo al momento in cui i sintomi si manifestano, alle condizioni che li aggravano o li migliorano e, con una accurata individualizzazione, arriva ad identificare il tipo morboso o medicamentoso. Se per esempio il malato ha disturbi che possono riferirsi a congestione del sistema venoso, con varici, sangue nero, inspessimento delle secrezioni di tutte le ghiandole, pelle umida e fredda, cianosi delle estremità, si giudicherà trattarsi del tipo Pulsatilla e si somministrerà a dosi volute tale medicamento che però non risulterebbe parimenti efficace in tutte le congestioni.

I MEDICAMENTI OMEOPATICI.

I medicamenti vengono tratti dalle sostanze minerali, in massima parte dai vegetali, in parte dalle sostanze animali; non ne sono esclusi i prodotti patologici, come le croste di eczema usate appunto per la guarigione di tale malattia, l'urina, gli escreati del malato e così via. Tutte queste sostanze vengono opportunamente diluite. Ad una goccia di tintura madre (che è la tintura comunemente usata) si aggiungono 99 gocce di un liquido inerte, ottenendosi così la prima diluizione centesimale; una goccia di questa mescolata con 99 gocce del liquido inerte dà la seconda e così via. La quinta diluizione è rappresentata da una frazione di cui il denominatore è l'unità seguita da 12 zeri. I più moderati si fermano alla trentesima diluizione, ma alcuni arrivano fino alla 1550esima. Con analoghi procedimenti si eseguiscono le diluizioni di sostanze non solubili, mescolandole con lattosio. Tutte le operazioni devono essere compiute con determinati movimenti, da eseguirsi secondo un rito particolare od in apparecchi speciali più o meno complicati. Noi non vediamo in tutto ciò che una semplice diluizione del principio attivo; per l'omeopatico invece l'alta diluizione consiste in una *dinamizzazione* per cui il medicamento acquista la probabilità di arrivare, con il suo potere di diffusione e di penetrazione specifica, ai principî dinamici invisibili della vita. È soltanto il medicamento così dinamizzato che può guarire per esempio la paresi mentale caratterizzata da impulsioni e da idee fisse, e modificare la nutrizione profonda, mentre per i disturbi più grossolani di una data ghiandola saranno più efficaci e sufficienti le basse diluizioni.

LA CURA DELLE MALATTIE.

Armati di queste diluizioni, gli omeopatici curano ogni sorta di malattia, con particolare preferenza per quelle croniche. Segnalano anche le sindromi più frequenti e comuni con l'indicazione dei medicamenti da usarsi in attesa del medico, mettendo fra tali sindromi la blenorragia, l'albuminuria, il delirio, le emorragie. Nè trascurano le malattie chirurgiche. Ecco per esempio un ascesso sottocutaneo, caldo, dolente con larga infiltrazione periferica; il fegato di zolfo, anzi l'*Hepar sulfur*, alla 200esima od anche alla 1000esima diluizione decimale arresta di botto la suppurazione, ma aumenta l'impastamento ed i dolori; invece lo stesso medicamento dato alla sesta diluizione precipita la formazione del pus, elimina i dolori e dà rapida cicatrizzazione.

Nè qui si limitano le stranezze che, per noi educati a tutt'altro modo di pensare, riescono inconcepibili. Per esempio, il licopodio è adatto per il lato destro del corpo; invece l'arsenico vale per la cefalea della parte sinistra con nevrite della gamba destra. In molti punti troviamo il riflesso delle speculazioni astrologiche; così la *Silicea* agisce sulle crisi epilettiche in rapporto con la luna nuova, la *Calcarea carbonica* su quelle della luna piena. Grande importanza si dà pure all'ora in cui si manifestano i sintomi ed in cui si prendono i medicamenti. Durante la notte, convengono i medicamenti che hanno azione sulla linfa e sugli scambi profondi, come la grafite e la dulcamara, verso le 10 di sera invece quelli che corrispondono allo stato di escrezione deficiente, fra cui quella rarissima sostanza che è il *Natrium muriaticum*. Nè è da trascurarsi l'influenza che può avere il colore del liquido ed ecco quindi i fluidi rossi ad azione tonica, quelli verdi con potere risolutivo ed antisettico.

***

Gli omeopatici trovano ora un appoggio alle loro vedute in molte scoperte e teorie moderne e riverniciano con una lustra scientifica i vecchi concetti. Tra l'altro, l'oligodinamia, l'autosieroterapia; molti dei fatti dell'anafilassi presentano una certa analogia con i principî di similitudine e delle dosi infinitesimali. Dal principio di similitudine poi, gli omeopatici assurgono a più vaste generalizzazioni, scorgendo in tutta la natura uno sforzo di unità sintetica e rimproverano a quanti non li seguono nelle loro speculazioni di non tenere abbastanza conto della complessità e della grandezza degli organismi, in rapporto con la grandezza delle molecole medicamentose.

Però anche le analogie della scienza moderna con l'omeopatia sono assai limitate, e forse più che altro apparenti. Il milionesimo di cmc. di siero di cavallo, capace di anafilattizzare la cavia, le dosi minime di tossina botulinica o tetanica che possono produrre fenomeni patologici, appartengono appena alla III diluizione centesimale. Piccolissime quantità che manifestano ancora una qualche azione troviamo nelle particelle coloranti della fluoresceina ed ancor più nel caso di quelle emananti dalle sostanze odorose e per i materiali radiferi. Nel caso delle molecole medicamentose le condizioni di attività sono però assai diverse e quindi non sono possibili i confronti. È stato calcolato che con la diluizione dodicesima di un grammo di sublimato corrosivo si troverebbe una sola molecola attiva ogni 407 cmc.; si capisce che in tali quantità esso possa essere prescritto nel grosso rene bianco!

In queste condizioni, è anche da domandarsi quando si possa ritenere che una bottiglia sia stata sufficientemente lavata e se si possa essere sicuri dell'acqua distillata, che può sempre contenere certe sostanze, in quantità che corrispondono alle diluizioni omeopatiche; valga questo per il cloruro di sodio che si usa alla sesta diluizione nella dispepsia e nella costipazione. Senza contare poi che, entro i limiti degli omeopatici, probabilmente non vi è più sostanza insolubile ed è a dubitarsi che esistano sostanze pure; è quindi da ritenere che si ingeriscano all'insaputa molte altre sostanze, oltre a quelle su cui l'omeopatico ripone tanta fiducia.

Ancor più problematica è l'azione delle sostanze quando non si fa la diluizione in liquidi, ma in polveri inerti. È noto di fatto che l'esattezza delle dosature dell'elemento energico, mescolato con un materiale inerte, è tanto più incerta quanto maggiore è la quantità di quest'ultimo e che gli errori aumentano di molto se i granuli sono di grandezza e di forme differenti.

Gli omeopatici vantano molti successi, che non si possono a priori negare per quella buona fede che deve sempre essere alla base di ogni relazione umana. Dobbiamo anzi riconoscere il bene che hanno fatto, non solo reagendo contro il danno delle dosi esagerate, ma anche impedendo l'azione nociva dei farmaci. Si pensi alla quantità di intrugli di ogni genere che ingollano i gastropazienti, i costipati, al danno delle dosi elevate di antitermici per esempio nell'influenza e si riconoscerà che le ennesime diluizioni degli omeopatici hanno per lo meno il vantaggio di non turbare il processo di guarigione naturale e di agire con la suggestione della cosa nuova e del mistero che circonda le pratiche omeopatiche.

Ma è certo che non si possono leggere senza un senso di stupore tutte le argomentazioni e le osservazioni degli omeopastici, fra cui anche l'affermazione di uno dei più entusiasti fra di essi, J. Gallavardin, secondo cui non si deve accordare un'importanza esagerata alla diagnosi di causa e quindi alla diagnosi di specie morbosa, poichè è solo il sintoma che importa, è solo quello che il medico deve avere in vista. È tutto l'edificio della medicina moderna che gli omeopatici verrebbero a distruggere, edificio che ora ci appare ben solido e l'unico razionale, ciò che non esclude che la psicoterapia e la fede quasi mistica degli omeopatici possano talvolta giungere a buoni risultati.

A. FILIPPINI.

QUESTIONI D'ATTUALITÀ.

La trasmissione del cancro.

La questione della trasmissione del cancro è tuttora avvolta nell'oscurità ed i medici, oscillando fra i responsi della clinica e quelli del laboratorio, non trovano nè nell'una, nè nell'altro una risposta decisiva. Evidentemente la questione della trasmissione è intimamente connessa con quella della genesi che, nonostante le numerose e pazienti ricerche di laboratorio è tutt'altro che definita. Di tanto in tanto fa capolino la genesi infettiva e quindi la possibilità del contagio del cancro. Ora è la volta di Ch. Fiessinger che nell'Accademia di medicina di Francia ha sostenuto, nella seduta del 4 marzo di quest'anno, la tesi del contagio del cancro, appoggiandosi principalmente su criterî epidemiologici. Egli riporta un'osservazione di un medico di campagna, il dottor Mathieu, il quale, in un insieme di otto case limitrofe di un piccolo villaggio, ha veduto soccombere dieci individui per cancro in 14 anni; cancri dello stomaco, dell'utero, della mammella, del crasso ed un sarcoma della coscia. Altri fatti analoghi sono stati riportati recentemente in altra località in cui vi sono stati otto cancerosi in un gruppo di sette case e la successione di un cancro in un cane e nei suoi padroni. Fiessinger ritiene che non si possa trattare di semplici coincidenze e fa rilevare che queste osservazioni dei medici di campagna colpiscono probabilmente giusto, come accadde per la contagiosità della tifoide e della tubercolosi, che era stata da essi preveduta prima che le ricerche di laboratorio lo confermassero. Egli osserva che il problema non ha solo un interesse teorico, ma anche una grande importanza sociale, perchè, se fosse dimostrata la contagiosità del cancro, si dovrebbero mettere in opera i mezzi di difesa.

La tesi del Fiessinger però è stata unanimemente combattuta, invocandosi anzitutto da taluno le difficoltà della diagnosi, che sono ancor maggiori nei piccoli centri lontani da tutte le risorse diagnostiche; per non parlare che dei cancri della mammella, il cancro ulcerato viene spesso confuso con la micosi, la tubercolosi, la sifilide, ecc. Sotto il nome il cancro poi si riuniscono spesso molte altre affezioni differenti, che probabilmente non hanno nulla di comune con esso. Lo stesso Fiessinger, del resto, ha riunito col cancro anche un sarcoma. I metodi sperimentali inoltre ci permettono per ora di concludere per la molteplicità delle cause del cancro; alcune di queste possono in realtà riferirsi ad agenti parassitarii, eventualmente trasmissibili, ma è questo un caso del tutto particolare che non è lecito generalizzare. Del tutto problematica è poi la trasmissione del cancro dal cane all'uomo, che sarebbe stata osservata in una delle case di cui ha parlato Fiessinger.

Ma vi è di più. Tenuto conto che l'ipotesi della contagiosità del cancro ha al suo attivo degli argomenti tanto fragili, non appare opportuno prospettarla al pubblico, perchè le misure di profilassi con un carattere di limitazione della libertà personale determinerebbero un profondo turbamento nella Società. Vi sono di fatto delle persone talmente terrorizzate dall'idea di coabitare con un canceroso che sono per ciò capaci di ogni eccesso in ridicole precauzioni. L'aumento del cancro del resto, come ha dimostrato recentemente Gherardi per l'Italia, è del tutto relativo e riferibile per la massima parte alla diminuzione di mortalità nelle età giovanili ed al corrispondente aumento di individui in età avanzata, cioè in quella che il cancro predilige. Questo non ci deve distogliere dallo studio della questione, ma ci deve far considerare il problema con maggiore equanimità e senza ingiustificate apprensioni.

A. Z.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

L'origine dei calcoli biliari.

(T. ROVSING. *Acta chir. scand.* e *Med. Review*, marzo 1924).

La conoscenza delle condizioni in cui si formano i calcoli biliari è importante perchè dà una base razionale per la loro profilassi ed il trattamento. La teoria che ha avuto più a lungo credito è quella di Naunyn, secondo cui si ha dapprima un'infezione della cistifellea e solo in seguito il calcolo. Successivamente altre due teorie contradditorie hanno modificato la prima; l'una ammette che i calcoli pigmentarii si sviluppano indipendentemente dalla sepsi, mentre quelli di colesterina sono dovuti ad un processo settico infiammatorio; secondo l'altra invece, i calcoli pigmentarî sono la sequela di una sepsi, mentre quelli di colesterina avrebbero origine asettica.

L'A. ha operato 530 casi di calcoli biliari, procedendo sempre all'esame batteriologico, che ha praticato altresì sui calcoli asportati. Nel 59.3% dei casi il contenuto della cistifellea era sterile e così pure i calcoli estratti. Questi reperti tendono ad eliminare la teoria secondo cui la cistifellea, infetta in primo tempo, diven-

ta poi sterile in seguito: la teoria appare poco probabile anche tenendo presente ciò che accade per l'urina, che non diventa mai sterile in seguito alla permanenza di un calcolo nelle vie urinarie. Il rapporto numerico dei casi infetti con quelli sterili è stato trovato dall'A. praticamente uguale per i calcoli di colesterina come per quelli di pigmento, ciò che dimostra come nè l'una nè l'altra specie possa attribuirsi esclusivamente all'infezione.

Altre considerazioni dimostrano che la teoria di Naunyn è erronea. Un paziente può avere per diversi anni degli attacchi tipici di colica biliare, senza notare mai un movimento febbrile; solo in un periodo ulteriore l'improvviso comparire di brividi e di febbre indica che si è avuta una sepsi, la quale però costituisce null'altro che una complicazione. La prognosi di questa dipende prevalentemente dalla natura del microorganismo; è relativamente buona se si tratta del B. coli, ciò che è il caso più frequente, ed è invece peggiore se si trovano stafilococchi o streptococchi.

L'A. ha avuto occasione di operare per calcoli biliari un bambino di 18 mesi ed ha trovato il dotto biliare comune ostruito da una sostanza finamente granulare di colore nero carbone. Al di sopra il dotto era molto dilatato; il paziente aveva spiccata itterizia, ma non vi erano segni di reazione infiammatoria. L'A. ritiene che tale sostanza costituiva il nucleo attorno a cui ogni calcolo si sviluppa. Queste vedute sono confermate dall'osservazione di Boysen che al tavolo necroscopico ha trovato che il 10 % dei casi con calcoli biliari era costituito soltanto da piccole particelle di pigmento nero. Nei casi dell'A. invece la frequenza dei calcoli di solo pigmento nero era del 5,6 % e tale differenza con i reperti necroscopici starebbe a dimostrare che l'origine di tutti i calcoli è da attribuirsi al pigmento, poichè i casi che vengono al tavolo operatorio sono in uno stadio più avanzato di quelli che si trovano alla necroscopia e che non hanno mai dato luogo a sintomi. Del resto in tutti i 530 casi di Rovsing solo una volta si potè notare la mancanza del pigmento.

Un altro fatto notevole è che tutti i calcoli che si trovano in una cistifellea sono di solito della stessa grandezza, ciò che suggerisce l'idea di un'origine comune; nei rari casi in cui i calcoli sono di dimensioni differenti, è probabile che si siano sviluppati in periodi diversi.

Per quanto riguarda la sfaccettatura dei calcoli, si riteneva che essa fosse dovuta al contatto di un calcolo con l'altro ed alla pressione che esercitano su di essi le contrazioni della cistifellea. Ora in 4 casi dell'A. si aveva un calcolo unico con sfaccettatura, la quale evidentemente non poteva essere attribuita alla pressione di altri. Viceversa in 117 casi con calcoli multipli, questi erano perfettamente sferici con la superficie a lampone in 44 casi e del tutto liscia in 73. Se la sfaccettatura dipendesse dalla pressione reciproca, i calcoli avrebbero dovuto in tali casi essere sfaccettati. È quindi da ritenersi che la sfaccettatura sia prodotta invece dalla composizione; si rammenti che nella vescica urinaria i calcoli di ossalati sono sferici, mentre invece quelli di urati sono ovali e piatti.

Si è detto che la ptosi epatica o gastrica favorisce la formazione di calcoli. L'A. ha esaminato tutti i 300 casi di gastro-coloptosi operati negli ulimi 25 anni ed ha trovato calcoli sono in 8, cioè nel 2,6 %. Viceversa la gastro-coloptosi nei 530 casi di calcoli operati si è trovata solo in 18 donne ed in un uomo. Quindi nemmeno questa causa può essere invocata. E così pure nemmeno la stasi biliare con itterizia si può ritenere la causa, come era stato asserito da taluno. Di fatto, in nessuno dei 62 casi di ostruzione cronica delle vie biliari osservati sia al tavolo operatorio che alla necroscopia, si sono trovati calcoli, nemmeno quando all'ostruzione era associata la sepsi.

Per quanto riguarda il successo dell'intervento operativo, l'A. sopra 302 casi operati di colecistotomia ne ha riscontrati 280 che si sono sentiti in seguito perfettamente bene e 22 che ebbero nuovamente accessi di dolore; però questi presentarono un andamento tipico solo in un caso, in cui una successiva operazione fatta dopo 14 anni rivelò la presenza di sei calcoli sfaccettati. La recidiva dei calcoli è un'evenienza rarissima.

Sulla base di queste osservazioni, l'A. conclude che la genesi dei calcoli biliari può riferirsi sempre o quasi sempre alla precipitazione nel fegato di carbonato di calcio con pigmento nero nei passaggi biliari endoepatici più stretti. Quivi esso forma concrezioni puntute o nodulari che si trovano spesso all'autopsia. Questa precipitazione ha luogo per una diatesi transitoria, che può essere paragonata alla precipitazione periodica dell'acido urico, dei suoi sali o dell'ossalato di calcio nei reni. Alcuni di questi calcoli di pigmento passano nell'intestino, altri pochi invece aderiscono alle pareti dei passaggi endoepatici, raggiungendo la cistifellea, dove si ammassano con del muco, con cellule epiteliali morte e piccole quantità di sangue che ne aumentano il volume.

fil.

DIAGNOSTICA.

Diagnostica differenziale delle più comuni malattie infettive non esantematiche dell'infanzia e della fanciullezza.

In una breve nota H. R. Mixsell (*N. Y. State Jour. of Med.*, vol. 24, n. 11, apr. 1924) traccia i criteri diagnostici fondamentali delle più importanti malattie infettive nella prima età, escluse quelle esantematiche.

Difterite. — Per tale malattia, prescindendo dal reperto dei caratteristici bacilli di Klebs-Loëffler, depongono i seguenti sintomi: Contemporanea coriza con secrezione muco-sanguinolenta; laringite; notevole tumefazione e durezza dei gangli linfatici prossimiori; constatazione di altri casi contemporanei. La diagnosi differenziale deve però esser posta con: 1° *Tonsillite follicolare*, la quale ha inizio acuto con brividi, malessere e febbre alta. Sulla mucosa arrossata spiccano i follicoli come punti bianco-giallastri. Modica tumefazione delle ghiandole del collo e assenza di «foetor ex ore». Se si formano pseudo-membrane, queste si limitano alle tonsille, mentre quelle differiche si diffondono per lo più rapidamente al palato; quest'ultime poi sono di colorito grigio-giallastro sporco, sono aderenti e lasciano una superficie sanguinante, mentre le pseudo-difteriche hanno un colore bianco perlaceo brillante, e si asportano con facilità.

2° *Angina di Vincent*, che può presentarsi con pseudo-membrane assai simili per natura e sede alle difteriche, adenite, fetore dell'alito. La diagnosi si basa fondamentalmente sul reperto dei caratteristici bacilli fusiformi e di spirilli (Vincent).

3° *Angina streptococcica.* — Le pseudo membrane che possono formarsi sopra ulcerazioni settiche orali, faringee e tonsillari sono più bianche di quelle difteriche, meno aderenti, e non contengono i bacilli di Klebs-Loëffler. Inoltre s'impongono i sintomi generali setticemici.

4° *Stomatite luetica.* — Le membrane mucose grigio biancastre, specie se associate a coriza e laringite luetica, possono trarre in errore. La loro superficie è però per lo più fissurata, mancano gli altri sintomi della difterite, e, nel dubbio, soccorre la reazione di Wassermann.

La difterite laringea primitiva può esser confusa con una laringite semplice, un croup spasmodico, un edema laringeo, un neoplasma, una malformazione congenita. Di tali malattie, facilmente diagnosticabili colla laringoscopia, la più importante è il croup spasmodico, o falso croup, che insorge per lo più improvvisamente di notte, senza prodromi, con asfissia notevole, senza afonia, per scomparire rapidamente senza postumi.

Parotite epidemica. — Può venir confusa con una adenite cervicale, o con flogosi della cavità buccale. Si rammentino le caratteristiche anatomiche della ghiandola, la cui tumefazione si estenderà in avanti e in dietro del lobulo dell'orecchio, il quale viene in qualche modo a bipartirla. Il padiglione auricolare è spesso stirato in alto e di lato, e la cute della tumefazione è per lo più tesa e lucente, e solo di rado arrossata come nelle adeniti suppurate.

Pertosse. — Deve esser differenziata dalla tracheite, laringite, bronchite, tonsillite, adenoidite, adenopatia tracheo-bronchiale, aspirazione di corpi estranei. Nel periodo convulsivo la sintomatologia è caratteristica: Accessi parossistici più frequenti la notte, terminantisi col vomito, provocabili col titillamento del naso, coll'esame della gola, o per suggestione vedendo un altro bambino in preda ad un accesso. Nello stadio catarrale manca invece ogni segno caratteristico. L'autore ritiene però che in tale periodo può essere d'aiuto lo stato delle urine: colorito giallo, reaz. fortemente acida, p. s. 1025-1040, moltissimi cristalli d'acido urico, talora glicosuria. Nel sangue si troverebbe spesso una leucocitosi, con linfocitosi relativa, e, nel 45 % dei casi, si può ricorrere alla fissazione del complemento. Nelle forme a decorso prolungato si escluderà la tubercolosi per l'assenza della febbre.

Tifo addominale. — Può venir scambiato con la malaria, l'ileocolite, l'influenza, la meningite, ma la diagnosi differenziale più importante è con la tubercolosi miliare. In quest'ultima la febbre è in genere più oscillante, e s'impongono la dispnea e la cianosi. L'anamnesi e la presenza di segni di pregressa tubercolosi ghiandolare od ossea parlano a favore della malattia. La leucopenia è comune alle due forme, mentre la sierodiagnosi del Widal è di valore decisivo. La radioscopia, infine, in qualche caso, mostrerà presenza di tubercoli miliari nel polmone.

Poliomielite acuta. — Nel periodo prodromico dovrà essere differenziata da una meningite, dall'encefalite epidemica, dalla nevrite, dalla rachitide, da un Barlow, ed anche da una comune paralisi del VII. I caratteri del liquor, nei confronti della meningite tubercolare e della encefalite epidemica non sono netti. Secondo Wilcox e Little (*Arch. of Pediatrics*, vol. XL, apr. 1923, n. 215) si può tuttavia avere un buon criterio studiando contemporaneamente il contenuto di glucosio nel sangue e nel liquor. Nella poliomielite la glicemia e la glicorrachia si

mantengono nei limiti normali. Nella meningite tubercolare la glicemia è notevolmente più alta della glicorrachia. Nella encefalite infine i due tassi sono notevolmente più alti della norma.

La *nevrite multipla* insorge lentamente, non dà fenomeni cerebrali, si estende di più, ed è accompagnata da iperalgesia e da ipoestesia cutanea. Le pseudoparalisi dello scorbuto infantile e del rachitismo grave saranno diagnosticate per l'anamnesi, la concomitanza degli altri sintomi caratteristici e il criterio terapeutico. Le paralisi d'origine cerebrale, infine, sono a tipo spastico e accompagnate da iperreflessia.

Influenza. — Di difficile diagnosi nei casi sporadici, ha forse il suo segno principale nella prostrazione inadeguata alla febbre. La puntura lombare la differenzierà da una meningite nelle forme a tipo nervoso. Nelle forme protratte si penserà al tifo, e talora si dovrà escludere la malaria, il morbillo e la scarlattina, come pure la gastroenterite potrà scambiarsi con una influenza a localizzazione gastro-intestinale.

M. FABERI.

CHIRURGIA.

Sui tumori primitivi delle ghiandole linfatiche.

(GIOIA E. *Arch. Ital. di Chirurgia*, vol. VIII, fasc. II).

Nulla v'è di più complesso e di più discusso delle varie forme di affezioni ghiandolari in genere ed in particolar modo dei processi morbosi a carattere aleucemico del sistema ghiandolare linfatico sopratutto perchè abitualmente il quadro clinico non ha nulla di essenzialmente caratteristico, specialmente nelle forme iniziali, così che lesioni di natura affatto diversa si presentano spesso colla stessa sintomatologia.

Inoltre non è facile l'orizzontarsi in tale campo sui trattati perchè discordanza di veduta tra i vari autori ed un'infinita varietà di denominazioni rendono ancora più difficile lo studio delle forme morbose. E neppure il reperto istologico di una biopsia riesce talora a chiarire il concetto diagnostico, che deve fondarsi soltanto, con una certa attendibilità, sul complessivo rilievo dei dati clinici ed anatomopatologici insieme confrontati.

Tutte le manifestazioni ghiandolari multiple senza reperto ematico caratteristico venivano prima senz'altro comprese nel gruppo della pseudoleucemia che raccoglieva così forme diversissime per origine, natura e successivo sviluppo. Attualmente i caratteri anatomici e clinici, le variazioni morfologiche del sangue sono stati abbastanza studiati in un numero rilevanti di casi sì da permettere di fissare delle caratteristiche ben determinate delle varie forme morbose, che mantengono però sempre tra loro punti innegabili di affinità clinica.

La diagnosi di lesione tubercolare è quella che più facilmente ricorre alla mente e giustamente deve sempre essere considerata per la sua frequenza e per l'aspetto clinico che talora simula altre forme. Tra i vari tipi infatti di tubercolosi ghiandolare, oltre la forma caseificante di facile riconoscimento, esistono varie altre forme quali la *forma ipertrofizzante o iperplastica*, che nel collo invade sistematicamente e talora anche simmetricamente tutto il sistema ghiandolare senza alcuna tendenza al rammollimento o all'ulcerazione, e la *forma poliganglionare* che può colpire quasi tutte le ghiandole dell'organismo, risparmiando solo quelle epitrocleari e le poplitee, forme che si prestano ad inevitabili scambi diagnostici.

Tolte ora dal gruppo la tubercolosi e la sifilide ganglionare gommosa, che del resto è assai rara e presenta segni generali non dubbi d'identificazione, rimangono a considerare le altre forme che possono venir distinte per il successivo andamento clinico e per il criterio anatomico.

La *linfadenia pseudoleucemica o aleucemica* (*pseudoleucemia*) presenta un quadro morboso che da molti viene accettato con molte riserve mentre da altri viene negata come entità morbosa distinta, in quanto molte pseudoleucemie non sarebbero che un primo stadio aleucemico di una leucemia vera. La malattia colpisce i giovani, a preferenza maschi, le tumefazioni ghiandolari invadono parecchie stazioni, spesso contemporaneamente, ed in ordine di frequenza il collo, l'ascella, l'inguine, infine anche i gruppi viscerali e i mediastinici. I singoli nodi rimangono per lo più liberi tra loro e indipendenti dalla cute, hanno consistenza mediocre. Manca la febbre, esiste modica epato e splenomegalia. L'esame del sangue rivela oligocitemia e oligocromenia più o meno spiccate, numero normale o quasi di globuli bianchi con linfocitosi relativa (dal 25 al 90 %), reperto considerato da alcuni come caratteristico (Segno di Pinkus). La malattia ha carattere sistematico, decorso progressivo e letale; però almeno temporaneamente può essere influenzata dalla radioterapia. Istologicamente la pseudoleucemia ha per sostrato lesioni anatomiche in tutte identiche a quelle della leucemia.

Il linfogranuloma maligno (*Morbo di Hodgking, Morbo di Sternberg*) presenta un tipico quadro istologico, sebbene non abbia un'indi-

vidualità clinica altrettanto distinta. Da alcuni ritenuto come una particolare forma di tubercolosi a tipo iperplastico, da altri di natura probabilmente infettiva, presentasi di solito con tumefazioni ghiandolari multiple che esordiscono più spesso nelle regioni cervicali, invadono le altre pleiadi ghiandolari non contemporaneamente come nella forma precedente, ma per tappe successive. Esistono manifestazioni febbrili caratteristiche a tipo intermittente, talora febbre prodromica alle manifestazioni ganglionari, accompagnantesi con fenomeni cutanei. Al processo partecipano la milza, il fegato; notasi pallore, dimagramento, segni di progrediente anemia e nel periodo avanzato fenomeni cutanei rilevanti. Gli ammassi ghiandolari possono andar soggetti a spontanee e passeggiere riduzioni di volume.

Oltre questa forma generalizzata possono aversi forme circoscritte a tipo cervicale, mediastinico, ecc., forme che si prestano ai più svariati errori diagnostici.

Il reperto ematologico dà una polinucleosi neutrofila spiccata con costante eosinofilia, talora rilevantissima (40.50%). Istologicamente il granuloma è essenzialmente un'affezione della parte stromatica del ganglio, che si presenta trasformata nel così detto *tessuto di Sternberg*, mentre il tessuto linfatico propriamente detto viene a mano a mano distrutto fino a scomparire completamente.

Il Linfosarcoma e la Linfosarcomatosi presentano un quadro morboso che partecipa di tutte le incertezze comuni alle affezioni dell'apparecchio emolinfopoietico, sopratutto perchè sono specialmente queste le forme in cui si trovano riunite caratteristiche delle forme infettive e delle affezioni neoplastiche.

Il linfosarcoma dovrebbe differenziarsi dal sarcoma vero delle gh. linfatiche, originantesi dalla capsula e dal tessuto di sostegno del ganglio, ma praticamente tale distinzione è impossibile e poco importante per l'assoluta rarità dei sarcomi veri.

Clinicamente il linfosarcoma può avere punto di partenza oltre che nelle ghiandole, in tutte le formazioni linfatiche sparse nell'organismo (tonsille, follicoli intestinali, ecc.), può rimanere localizzato ad una sola regione gangliare, può invadere tutto il sistema. In generale ha meno di tutte le altre forme tale tendenza, mentre preso inizio in un ganglio tende piuttosto a sviluppo locale, così da dare impressione di un tumore unico che precocemente invade la cute. Istologicamente notasi proliferazione atipica del tessuto linfatico, con produzione di tessuto linfoide (adenoide, linfoadenoide) che non si differenzierebbe da un tessuto semplicemente leucemico o aleucemico, se non vi fossero caratteristiche speciali quali lo sconfinamento dal ganglio, le metastasi ed il carattere infiltrativo e distruente delle cellule, caratteristica negata da alcuni autori (Foà).

Il reperto ematologico può essere dei più vari senza alcuno determinato carattere, negli stadi avanzati si può avere un reperto subleucemico o decisamente leucemico, con presenza nel sangue, tra l'altro, di numerose cellule simili ai linfoblasi e ai grossi mononucleari.

L'Endotelioma primitivo delle ghiandole linfatiche, la di cui esistenza è sicuramente provata da numerose osservazioni, è sempre però una forma abbastanza rara rispetto alle altre. Tutti i casi descritti dai vecchi osservatori come carcinomi primitivi delle ghiandole linfatiche, debbono essere ritenuti endoteliomi. Clinicamente non presenta differenze notevoli col linfosarcoma, col linfogranuloma maligno, colla tubercolosi ghiandolare ipertrofica, ed in generale può solo sospettarsi la sua esistenza quando si localizza nelle stazioni linfatiche superficiali per la lentezza del decorso e per l'indipendenza a lungo conservata dei singoli noduli.

Istologicamente è importante la tessitura generale della neoplasia per la disposizione in cordoni e ammassi cellulari che si spandono nei seni linfatici perifollicolari e midollari, disposizione evidentissima nei gangli di piccolo o mediocre sviluppo.

Il quadro ematologico può variare notevolmente da caso a caso e non ha note caratteristiche spiccate.

L'A. dalla osservazione di due casi di affezioni ghiandolari, ampiamente illustrati, uno di linfosarcoma, l'altro di endotelioma, trae deduzioni pratiche circa la difficoltà della diagnosi e il valore dei vari reperti. Nei due pazienti la cutireazione locale, alla quale da alcuni si vuol dare notevole valore, era positiva mentre negativa era la cutireazione generale, nonostante l'accertata inesistenza di una forma tubercolare. Anche la terapia iodica può trarre in inganno in queste forme, perchè tutte le forme ghiandolari di qualsiasi natura possono trarre un lieve transitorio vantaggio da tale terapia.

La radioterapia in tutte le affezioni di natura ghiandolare esplica una brillante azione, ma soltanto palliativa perchè dopo remissioni il processo riprende il suo andamento progressivo ad esito costantemente letale, almeno nelle forme maligne sopra considerate. Solo l'intervento chirurgico, se precocissimo, potrebbe recare un utile definitivo vantaggio.

CIOTOLA.

FARMACOTERAPIA.

Il borato di sodio in terapia pratica.

(LOEPER e TURPIN. *Presse Médicale*, n. 27, 2 aprile 1924).

Il borato di sodio era noto come medicamento esterno nelle affezioni della pelle e delle mucose, ma già alcuni anni fa Gowers riconobbe in esso proprietà antiepilettiche e Marie e Crouzon nel 1920 ne ricordarono i vantaggi nel trattamento degli accidenti ed equivalenti epilettici.

Esistono due borati di Na: il bi- ed il tetraborato. Gli AA., adoperandoli parallelamente non hanno constatato differenze apprezzabili nella loro azione.

Dinanzi alla frequenza delle dispepsie nervose e delle reazioni nervose nel decorso degli stati gastrici gli AA. ebbero l'idea di utilizzare i borati nelle affezioni dello stomaco, sostituendoli al bromuro di cui sono noti gl'inconvenienti.

Nei casi in cui l'esame chimico e citologico del contenuto gastrico davano risultato negativo e la radiologia solo in qualche caso metteva in evidenza un certo grado d'ipercinesi, e quindi nulla poteva mettersi in rapporto con la sintomatologia osservata (bruciori, crampi, dolori tardivi, vomiti, ecc.) detta sintomatologia migliorò nettamente e rapidamente ed il medicamento si mostrò del pari efficace contro le reazioni a distanza frequenti nel corso di tali dispepsie (rossori dopo i pasti, vertigini, tremori, palpitazioni).

Nelle gastriti lievi, nella gastrite ulcerosa, nell'ulcera callosa o non i risultati furono incoraggianti e persino nel neoplasma il medicamento ha mostrato qualità sedative, topiche notevoli e sembra anche goda di un potere antisettico.

Certo il borato di Na ha le sue insufficienze, vi son casi in cui fallisce ed ha qualche benchè lieve inconveniente (qualche bruciore, talora un po' di diarrea, del prurito), ma è certo poco tossico, poco irritante, è diuretico, non agisce sul fegato, non provoca crampi.

Pare che l'azione sia quadruplice: *topica* e si deduce dalle modificazioni che apporta sul contenuto citologico di certi vomiti; *alcalinizzante* (azione però debole e non oltre l'assorbimento del medicamento); *antisettica* (notevole sui fermenti, minore nei batteri); *sedativa* (la più completa e la meglio dimostrata).

Il boro non provoca come il bromuro depressione nervosa o psichica, non modifica i riflessi tendinei o pupillari. Gli AA. non credono che al boro sia attribuibile un'azione precisa su questa o quella parte dell'apparato vago-simpatico giacchè esso pare capace d'influenzare tanto le reazioni dolorifiche e spastiche dipendenti indubbiamente dal vago quanto le reazioni che forse sono in dipendenza del simpatico.

Per la posologia: il farmaco può essere somministrato sotto forma di soluzione 1:200 con o senza ugual parte di glicerina e nella quantità di 2-3 gr. p. d.

Nelle lesioni organiche è preferibile somministrarlo mezz'ora prima dell'ingestione dei cibi, nei disturbi inorganici insieme agli alimenti. Somministrare per periodi di 8-10 giorni intercalati da periodi di riposo.

PALLADINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

CH. LENORMANT et P. BROCQ. *Chirurgie de la tête et du cou*. VI edizione. Masson et C.ie, Editori, 1923.

Più che di una nuova edizione, del ben noto trattato del dott. Lenormant, si tratta in realtà di un libro del tutto nuovo.

Dell'antica edizione non sono stati conservati che i capitoli di chirurgia oramai classici. L'edizione presente è stata redatta cogli stessi criteri della prima, ma le tecniche sono state rimaneggiate e adattate alle idee attualmente correnti. I processi operativi antichi sono stati soppressi e rimpiazzati da metodi più moderni accettati dalla maggioranza dei chirurghi. Fra i capitoli più importanti intieramente trasformati sono da segnalare quelli che trattano della chirurgia dei nervi della faccia, delle fistole del dotto di Stenone, del laringe, ecc.

Fra i capitoli aggiunti: Le vie d'accesso ai grandi vasi del collo, l'exeresi di grandi tumori del collo, il trattamento delle pseudoartrosi del mascellare inferiore, le plastiche del cranio.

Di ogni operazione viene esposto un metodo, in generale quello usato dai chirurgi della facoltà di Parigi. All'esposizione del metodo, che è fatta sempre schematicamente e con grande chiarezza, viene fatto precedere un riassunto dell'anatomia della regione.

Le numerose figure che illustrano il manuale sono in parte originali, in parte prese dagli Autori dei quali sono riportate le operazioni.

Non è certo un trattato completo di medicina operativa — non era questo nell'intento degli Autori — i quali si propongono solo di

esporre per le diverse lesioni chirurgiche della testa e del collo, una serie di operazioni le più adatte secondo la loro esperienza.

MANFREDO ASCOLI.

P. MOURE. *Chirurgie vasculaire conservatrice.* Masson e C., editori, 1923.

La guerra recente ha reso più familiare la chirurgia conservatrice dei vasi, che prima per lungo tempo era parsa l'appannaggio di qualche operatore specializzato.

Si tratta certo di tecniche oltremodo difficili e tali da non potersi improvvisare. Bisogna conoscere bene lo speciale strumentario che questa chirurgia richiede, ed è necessario un tirocinio sperimentale.

Queste cognizioni elementari sono svolte nella prima parte dell'opera dall'A. Nella seconda parte sono esposte le indicazioni della sutura dei vasi e le sue applicazioni in chirurgia umana.

Il libro, scritto da un chirurgo che da tredici anni si occupa di suture e trapianti vasali, ci è parso contenere un'esposizione molto accurata e completa dello stato attuale della chirurgia vasale e dei risultati che da essa si possono ragionevolmente attendere.

M. A.

J. BANDALINE. *Traitement des plaies par douches d'air chaud.* Pag. 64, pg. 31. Maloine. Paris, 1923.

La fisioterapia malgrado la molteplicità delle sue applicazioni e il valore dei suoi procedimenti, è tutt'oggi trascurata e forse misconosciuta. Eppure l'applicazione nella terapia medica dell'aria calda è vecchia tanto quanto i vecchi unguenti, ma a quella si pensa assai meno e meno volentieri che non a questi, quantunque le guarigioni che le si debbono ascrivere, usata convenientemente, s'impongono senza meno nella cura delle distrofie cutanee (piaghe flaccide, scottature, congelamenti) e, quando siano accessibili, anche a quelle sottocutanee.

I malati, la cui scelta per il trattamento deve essere rigorosa, vanno sottoposti per 15-30 m.' a doccie d'aria calda a 150° proiettata da un apparecchio elettrico speciale, con la forza di 150-300 grammi.

Oltre l'intensa iperemia attiva locale è notevole l'effetto analgesico della doccia calda, la quale esercita una benefica azione sui processi rigenerativi dei tessuti, provoca una notevole fagocitosi e possiede una spiccata azione sterilizzatrice, lasciando, a guarigione compiuta, una cicatrice quanto mai elastica.

Il piccolo manuale che abbonda di luminosi esempi dimostrativi riportati negli schemi e nelle figure, non deve sembrare troppo conciso nè troppo modesto in rapporto al lavoro compiuto, ma deve piuttosto convincere che ogni verità accertata ha bisogno di poche parole per essere compresa e seguita.

E. MINGAZZINI.

CESARE ANTONUCCI. *Echinococco del polmone.* Pag. 304. Tip. Garroni. Roma, 1923. — L. 20.

La frequenza con la quale qui da noi si osservano le cisti di echinococco basterebbe a giustificare l'opportunità di una pubblicazione su tale argomento: ma il lavoro dell'Antonucci è qualche cosa di più e di assai meglio di una semplice e sterile raccolta di fenomeni e dati.

Poichè si scorge in ogni periodo ed in ogni frase non già il compilatore paziente, ma il medico ed il chirurgo abituato ad osservare i malati sulle solide basi di premesse teoriche e conoscenza pratica, sul vaglio della propria critica.

Se a questo si aggiunge che dell'argomento non è dimenticato nulla, si capisce facilmente come non si possa non augurare alla pubblicazione la maggiore diffusione possibile.

In essa, pressi alcuni preliminari sulla biologia ed alcune notizie storiche, vengono trattati convenientemente l'etiologia e la patogenesi dell'echinococco: all'anatomia patologica, e sopratutto alla sintomatologia e alla diagnosi sono conferite ampie discussioni; e nessuno dei mezzi sussidiarii, alcuna delle ricerche biologiche o di gabinetto è stata dimenticata.

Nel trattamento sono anche menzionati i mezzi medici; tra quelli chirurgici, l'A. ne propone uno personale, che sebbene ancora non attuato, merita veramente d'essere tenuto presente, e di essere anzi sperimentato. Il metodo dell'A. è specialmente indicato per i casi senza aderenze estese e consiste in una toracotomia estesa (se occorre a lembo), incisione del polmone, asportazione delle cisti: riduzione senza drenaggio con sutura dei labbri della ferita polmonare: chiusura ermetica della breccia toracica: segue un pneumotorace artificiale, stabilito immediatamente dopo l'intervento, alla Morelli.

Una bibliografia completa sull'argomento, e delle splendide tavole riproducenti radiografie di echinococchi del polmone, assai dimostrative, chiudono l'interessante ed importante lavoro che vorremmo proprio raccomandare ad ogni studioso, il quale difficilmente potrebbe trovare altrove tante e sì complete notizie.

E. M.

Proceeding of the Twenty-Ninth Annual Meeting of the American Institute of Dental Teachers (Atti del 29° Congr. Annuale dell'Istituto Americano degli insegnanti di odontoiatria). Edito dall'American Institute of Dental Teachers.

Gli insegnanti di Odontoiatria delle Scuole degli Stati Uniti di America sono uniti in un sodalizio, il quale ogni anno convoca un congresso su questioni riguardanti esclusivamente l'insegnamento della specialità. Queste assisi sono molto interessanti perchè rivelano come gli insegnanti di odontoiatria intendono seguire il progresso generale dell'arte sanitaria.

Il volume che ci viene inviato riguarda la riunione tenuta a Montreal, Quebec, nel gennaio del 1922. Esso racchiude una serie di relazioni sulle varie materie insegnate nelle scuole dentarie, seguite dalle relative discussioni. Non possiamo entrare in particolari. Dobbiamo limitarci a rilevare la nota dominante in tutti questi scritti: la preoccupazione di migliorare sempre più la coltura medica dello studente in odontoiatria per metterlo in grado di apprezzare quegli stretti legami fra la patologia del dente e la patologia delle altre parti dell'organismo, che oggi costituiscono la questione dominante nel campo odontologico.

C. C.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 23 febbraio 1924.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente.

Le occlusioni intestinali da diverticolo di Meckel.

Prof. O. MARGARUCCI. — L'O. prende occasione da due casi da lui operati e guariti di occlusione intestinale da diverticolo di Meckel per ricordare i dati anatomici e riassumere la patologia riguardante il diverticolo di Meckel.

Nel primo l'ileo era dovuto ad invaginazione dell'ansa su cui il diverticolo era impiantato; nel secondo a compressione dell'intestino a mezzo di briglie cicatriziali originate dall'apice del diverticolo.

Rianimazione mediante iniezione di adrenalina nel ventricolo sinistro del cuore.

Prof. R. BASTIANELLI. — L'O. riassume la storia di un malato nel quale la rianimazione fu ottenuta con l'iniezione di adrenalina nella cavità del cuore. Trattavasi di un malato di 68 anni, operato di cistotomia ipogastrica con rachianestesia stovainica in cui l'iniezione sottoaracnoidea lombare aveva determinato sincope; tutte le cure erano state applicate senza risultato.

L'O. vide l'ammalato con viso di pallore cadaverico senza polso radiale e carotideo, con brevi e rari respiri come di chi è nel punto di morire ed allora, senza perder tempo, prese il più sottile ago da puntura lombare, praticò una iniezione endocardica di 5 cmc. di soluzione di adrenalina al millesimo. L'ago fu infisso perpendicolarmente nel IV spazio intercostale sin. a 4 cm. dal bordo sternale, quasi rasentando il margine superiore della V costa.

Appena praticata l'iniezione si avvertirono pulsazioni forti alla radiale che poi divennero valide e regolari mentre il respiro ricominciò ed il colore dell'infermo cambiò. Dopo 5 minuti la conoscenza era tornata sebbene non completa; ma ben presto si riebbe completamente e 20 giorni dopo uscì guarito.

Parla quindi delle indicazioni che sono limitate agli arresti del cuore per shock operatorio, per sincope, ecc.; ne vanno naturalmente escluse le cardiopatie mediche.

Il prof. BAGLIONI aggiunge ricordi di fisiologia sull'azione dell'adrenalina.

Reazioni biologiche nelle echinococcosi umane.

Dott. E. TRENTI. — Espone le sue ricerche sulla intradermoreazione precoce e tardiva nei rispetti della Ghedini-Weinberg. Ricorda le dosi, l'influenza delle qualità dei liquidi usati, la specificità delle reazioni.

Il prof. GIUDICEANDREA ricorda che alla sua esperienza si sono dimostrati più utili i liquidi cistici di fegato di ovino.

Il prof. PONTANO ritiene sia inutile mescolare liquido cistico da cisti di polmone, di fegato, ecc. Concorda con l'O. che il liquido cistico più utile è quello delle cisti umane, ma che ad ogni modo qualunque sia il liquido adoperato la intradermoreazione è la reazione più sensibile.

Sulla pretesa esistenza di una gastrolipasi propria del succo gastrico.

Prof. A. CLEMENTI. — Comunica le sue esperienze in base alle quali si può negare esista una gastrolipasi nel succo gastrico, e che quella rivelata da alcuni fisiologi è in rapporto con piccole quantità di sangue o di essudato nel piccolo stomaco alla Paulow che si mescola al secreto.

E. GROSSI.

Memento.

Disponiamo di alcuni esemplari del volume contenente le **Relazioni**, i **Lavori**, le **Comunicazioni**, **Discussioni**, ecc., del XXIX Congresso della **Società Italiana di Medicina Interna** (Roma, ottobre 1923) della cui importanza i lettori potranno accertarsene dando uno sguardo all'*Indice Generale* riportato nel foglietto incluso nel Fascicolo 13 di questa Sezione Pratica.

È un volume di pagg. XXIV-272 nell'ampio formato del nostro «Policlinico», in commercio al prezzo di L. 60, ma che i nostri abbonati riceveranno franco di porto per sole L. 48 se in Italia e per sole L. 55 se all'Estero, inviando detto importo mediante vaglia postale o con assegno bancario al Cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Infezioni urinarie di origine gastro-intestinale.

Esclusa la tubercolosi, la maggior parte (75 per cento) delle infezioni reno-vescicali riconosce una origine intestinale. Quelle di origine sanguigna (consecutiva ad influenza, ad enterite, a raffreddamento, ecc.) si presentano all'improvviso con brividi, ipertermia, dolore lombare, piuria; quelle di origine ureterale si manifestano invece insidiosamente, senza febbre, nè dolore, con una leggera frequenza nel numero delle minzioni; in seguito si manifesta il dolore.

La prognosi è generalmente benigna. Granjean (rif. in *Journal des praticiens*, 2 febbraio 1924) consiglia nel trattamento il riposo in letto, l'applicazione di ventose scarificate ai reni e di compresse umide e calde. Le iniezioni di olio canforato sono, secondo l'A., antisettiche ed innocue; si iniettano 5 cmc. al giorno della soluzione al 10 %. Si dànno infusi caldi, acque alcaline; si permette il latte; si dà il brodo di legumi quando si inizia il miglioramento. La massima quantità di liquido permessa è di litri 1 ½ al giorno. Si possono aggiungere: 30 grammi di lattosio per litro di acqua; eventualmente si fanno con questo iniezioni ipodermiche (30 gr. per 1000) di 125 cmc., o si introduce eventualmente con il goccia a goccia. L'antisepsi intestinale si combatte con l'uso di lassativi leggeri (solfato di sodio, sale di Seignette). Per via interna si darà l'urotropina o l'elmitolo (gr. 1.50 per giorno); i balsamici (trementina, sandalo) possono aumentare la congestione renale. Il cateterismo ureterale con la lavatura del bacinetto si farà nelle forme gravi od anuriche dell'infezione acuta. La batterioterapia (coli-bacillare) è utilizzata nella fase acuta (500 milioni per cmc.; ogni tre giorni, cmc. ½ + + 1 — — 1 e ½).

La cistite di origine vescicale è piuttosto rara e si stabilisce insidiosamente, aumentando continuamente d'intensità. Si prescrivono diuretici, compresse calde sull'epigastrio, suppositorî calmanti, piccoli clisteri caldi; nella donna iniezioni vaginali calde, piccoli clisteri laudanizzati. Instillazioni di olio gomenolato al 10-20 %, o di nitrato d'argento a 1/300 (3-4 cmc. dopo avere vuotata la vescica). Questi trattamenti si applicheranno anche nelle forme croniche; talora saranno necessarie le lavature del bacinetto, più raramente la nefrectomia. È altresì indicata la cura termale.

fil.

Sul trattamento delle nefriti.

La terapia delle malattie renali si limita in generale al trattamento più o meno empirico dei varî sintomi; vi sono però dei principî generali che stanno alla base di ogni cura e che sono soggetto di discussione. H. MacLean (*Lancet*, 1924, n. 8 e 9) passa in rivista i punti principali della questione.

Dieta. — È un vecchio pregiudizio da abbandonarsi quello che riduce l'ingestione di albumina per timore di fare aumentare quella escreta dal rene; l'una non ha alcun effetto sull'altra. Una certa limitazione nell'ingestione di albumina è però necessaria per evitare un eccesso di formazione di urea, acido urico ed altri prodotti della desintegrazione proteica, ma questo solo in certi stadii avanzati di nefrite. In altri casi la sottrazione dell'albumina può essere dannosa; tutto dipende dalla capacità del rene ad espellere i prodotti del ricambio azotato; se essa è buona, si deve dare albumina nella quantità necessaria, se invece si ha ritenzione, è meglio limitare la quantità dell'albumina.

Anche sulla dieta a- od ipoclorurata si esagera da parte di molti; la vera indicazione di tale dieta è data dalla presenza di edema, mentre l'uso indiscriminato di essa provoca inconvenienti ed è mal sopportato.

L'ingestione di liquidi va sempre limitata sia nelle nefriti acute, sia nei casi subacuti con edema; l'uso di diuretici è generalmente senza effetto.

Si è voluto combattere da taluno, con la somministrazione di alcali, quella particolare forma di acidosi, che si trova nelle malattie renali, tale cura è però inefficace e, specialmente se fosse fatta per iniezioni, sarebbe dannosa. Nessun beneficio si ritrae dai diversi mezzi usati per abbassare la pressione, senza contare poi che l'elevamento della pressione è in fondo un mezzo di difesa per l'ammalato.

Per quanto riguarda il trattamento delle nefriti croniche, l'A. dà i seguenti consigli:

Nel *tipo idroemico*, caratterizzato da edema, da difficoltà di escrezione dell'acqua e del sale, nonchè dalla presenza di notevole quantità di albumina nelle urine, quando le prove per la funzionalità renale in rapporto ai prodotti del ricambio azotato siano buone, il miglior trattamento consiste nel dare una buona dieta con quantità anche notevole di proteina. La diuresi può essere favorita con la somministrazione di urea, da continuarsi per una settimana, interrompendola poi per riprenderla in se-

guito. I bagni di aria calda non portano alcun giovamento, anzi sono spesso dannosi, specialmente se vi sono segni di debolezza cardiaca.

Nel *tipo azotemico*, vi è una netta insufficienza nell'escrezione dei prodotti del ricambio azotato; l'urina contiene di solito piccolissime quantità di albumina; si nota la tendenza alle complicazioni cardiovascolari e, tosto o tardi, alle manifestazioni uremiche. Nei casi avanzati l'abituale dieta a basso contenuto proteico può essere indicata, ma questa in generale, specialmente nelle forme lievi, può essere dannosa, anche perchè aggrava lo stato di anemia spesso notevole nel nefritico.

Le tendenze attuali sono per un'alimentazione del nefritico assai più larga che per il passato.

Una grande cura si userà sempre nel proteggere il nefritico dai raffreddamenti e da altre influenze deleterie.

fil.

Il trattamento delle coliche nefritiche prolungate.

Oltre alle coliche nefritiche, che con caratteri di acuzie danno luogo all'espulsione di sabbia o di un piccolo calcolo, Gayet (rif. in *Presse médicale*, 19 gennaio 1924) distingue altre forme di coliche ad intervalli più o meno ravvicinati, che si prolungano; le urine si fanno più rare, sanguinolente, manca l'emissione di sabbia o di calcoli. Per queste forme si impone il trattamento con le manovre endoscopiche. L'A. consiglia di non attendere più di 24 ore per iniziare tale trattamento, che sarà bene far precedere da una radiografia, la quale potrà dare utili indicazioni sulla sede, sul numero, sul volume dei corpi estranei. Una condizione assolutamente necessaria da mettere in luce prima di qualsiasi intervento è il grado di infezione del rene bloccato. Se essa è recente e leggera, con la sonda si vuota un bacinetto messo in tensione, ma ancora contrattile e si può così ottenere una lavatura antisettica ed un buon drenaggio; allorchè invece l'infezione sia antica e grave, il cateterismo ureterale è controindicato, le manovre possono produrre una perforazione della parete ureterale, una periureterite suppurata e gravi incidenti setticemici.

Non vi è bisogno di anestesia generale; nell'uomo basta quella locale. Si introduce nell'uretere una sonda ad estremo conico, che incontra l'ostacolo che viene mobilizzato dolcemente, ciò che spesso è sufficiente, per fare uscire il calcolo. In caso contrario, si inietta una miscela di novocaina-glicerina e, cinque minuti dopo, dell'olio, tentando in seguito con una sonda più piccola. Questa passa spesso a lato del calcolo e si ha la fuoriuscita dell'urina, ciò che fa cessare subito i dolori. Si lascia la sonda a permanenza per qualche ora, dopo di che la si ritira e, spesso, il calcolo la segue. Quando invece questo non è espulso, si introduce di nuovo la sonda, che si lascia più a lungo (circa 48 ore), rinnovando le lavature e le iniezioni di olio. Se il risultato è negativo, si farà la dilatazione ureterale o l'ureteretotomia interna. Se il calcolo è arrestato nella porzione intramurale dell'uretere, si farà la diatermia o la meatotomia dell'uretere. Se poi tutte queste manovre falliscono, si ricorrerà alla ureterotomia esterna.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Azione della scopolamina sul clono e sulla refflettività in genere in un caso di parckinsonismo postencefalitico.

Secondo i vari AA. i riflessi tendinei nella sindrome parkinsoniana postencefalitica prolungata vengono considerati ora normali, ora aboliti, ora esagerati. D'altra parte Wilson afferma che la degenerazione progressiva lenticolare e la paralisi agitante (così vicina al parkinsonismo postencefalitico) hanno in comune il tremore e l'ipertonia come l'assenza di paralisi e di anomalie dei riflessi.

L'interesse di precisare bene lo stato dei riflessi nelle sindromi parkinsoniane postencefalitiche onde poter svelare una lesione sempre possibile delle fibre piramidali della capsula interna, risalta grande quando si pensi che è appunto alla normalità dei riflessi che la rigidità parkinsoniana deve allo stato attuale delle nostre conoscenze il carattere che le è proprio « extrapiramidale ». Ma la constatazione dello stato dei riflessi urta contro lo scoglio della rigidità muscolare che immobilizzando più o meno i diversi segmenti degli arti, impedisce come l'esecuzione dei movimenti volontari, la produzione dei movimenti riflessi.

Esperienze di Magalhaes Lemos eseguite su di un parkinsoniano postencefalitico (*Revue neurologique*, 1923, n. 5) mostrano quanto aiuto ci può in taluni casi dare la scopolamina.

Iniettando nel paziente gr. 0.00120 di scopolamina l'A. ha notato che mentre prima delle iniezioni non era constatabile clono del piede, 20 minuti dopo, nello stesso tempo che si vedeva diminuire e quasi scomparire la scialorrea, nel mentre sopravveniva secchezza delle fauci, si attenuava la rigidità e compariva una trepidazione spinale dapprima a de-

stra lieve, poi a sinistra, raggiungendo un massimo d'intensità e scomparendo dopo 4-5 ore in uno con gli altri effetti della scopolamina.

Ripetuti esami con ripetute iniezioni, davano sempre la medesima risposta.

In alcuni casi di sindromi parkinsoniane postencefalitiche la scopolamina permette perciò di provocare un clono del piede sconosciuto fino ad allora, mettendo in evidenza la surreflettività tendinea, svelando così l'esistenza di una lesione piramidale; allorchè dunque la rigidità acquista una intensità notevole è opportuno eseguire l'esame della reflettività dopo una iniezione di scopolamina con la certezza che, esistendo lesioni piramidali, esse vengono facilmente messe in evidenza.

MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Avvertenze. — Si pregano gli abbonati che desiderano valersi di questa rubrica, di conformarsi alle seguenti norme:

1) I richiedenti devono dimostrare la qualità di abbonati firmando per intero i quesiti. Qualora lo desiderino, per la risposta si farà uso delle iniziali o di sigle convenzionali.

2) I quesiti devono riferirsi a temi generali, non a casi specifici.

3) Non si forniscono indicazioni bibliografiche su argomenti di studio ristretti (per tali scopi esistono Istituti bibliografici *ad hoc*).

4) Non si esprimono apprezzamenti o giudizi su specialità terapeutiche nè su Istituti di cura.

5) Non si risponde privatamente.

6) Si prega di non formulare più di un quesito per volta.

7) Le risposte seguiranno con la maggiore sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali, ma non si garentisce una risposta immediata.

La cosidetta «febbre glandolare di Pfeiffer». — All'abb. n. 8521, E. A. Cassano:

È una linfoadenite acuta secondaria a lesioni faringee: tonsilliti o faringiti comuni, difterite, scarlattina, morbillo. La difterite o la scarlattina sono la causa più frequente di tumefazioni acute e dolorose delle glandole del collo. La presenza di essudato sul faringe e la dimostrazione dei bacilli di Loeffler in casi di difterite (in cui possono anche comparire esantemi scarlattiniformi o morbilliformi), i sintomi catarrali a carico delle mucose in caso di morbillo, sopratutto però il criterio epidemiologico conducono alla diagnosi esatta. Complicazioni quali l'otite e l'albuminuria rendono probabile la diagnosi di scarlattina, in cui a distanza di alcuni giorni dalle prime manifestazioni (l'esantema rudimentario e fugace sfugge spesso alla constatazione) possono aversi delle ricadute con esantemi a tipo morbilliforme.

POLLITZER.

Per la qualifica di specialista. — Al dott. L. B. da S. Fiora:

Per ora non occorre nessun diploma per assumere la qualifica di specialista; per i laureati dopo il 31 dicembre 1925 l'esercizio delle specialità verrà regolato dal R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909 (cfr. questo periodico, fasc. 17, p. 566).

L. P.

All'abb. n. 5810 - 1:

Consulti gli indici per materie. I fascicoli può richiederli all'Amministrazione, inviandone l'importo.

T.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

LICINI CESARE. *Le aderenze nelle operazioni transperitoneali.* — Milano, F. Vallardi, 1923.

PIRAZZOLI ARRICO. *Il riflesso «oculo-esofageo» e i tumori dell'esofago.* — Milano, Enrico Zerboni, 1923.

RADICE LEONARDO. *Il comportamento dei bacilli difterici sui tessuti umani.* — Napoli, Offic. Cromotip. «Aldina», 1923.

RADICE LEONARDO. *Beiträg zur Kenntnis der Wunddiphtherie.* — Jena, Gustav Fischer, 1923.

ID. *Zur Frage der Streptokokkenvirulenz.* — Leipzig, Georg Thieme, 1923.

SALMON ALBERTO. *Teoria ipofisaria e teoria infundibulare dell'Ipersonno.* — Napoli, Tip. dello «Studium», 1923.

ID. *Nuove vedute sui riflessi.* — Siena, Stab. S. Bernardino, 1923.

VALZELLI DINO. *Febbre melitense autoctona in Milano.* — Milano, Martini & Mattazzi, 1923.

PASSINI ROBERTO. *Cortico-pleuriti tubercolari.* — Terni, Tip. Augusto Visconti, 1922.

GIULIANI IGNAZIO. *La teoria elettronica nell'elettroterapia.* — Roma, Casa Ed. «L'Elettricista», 1922.

MAGLIONI LUIS C. *Arte y Ciencia.* — Buenos Aires, Impr. «San Martin», 1922.

Studium, 20 apr. — A. CARDARELLI. Ascite da cirrosi. — L. DI PRISCO. L'adrenalina nel sangue e nelle urine degli affaticati.

Chirurgia Org. d. Movim., mar. — D. FIESCHI. Perone pro tibia. — R. ZANOLI. Para-osteo-artropatie dei paraplegici. — G. SERRA. Neurotizzazione diretta del muscolo. — G. BENASSI. Lombalizzazione del primo metamero sacrale.

Paris Méd., 12 apr. — BRESSOT. Trattamento dell'appendicite ac. — A. TARDIEU. Neurastenia vera e tbc. — GUILBERT. Roentgenterapia dell'ipertrofia prostat.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Per la migliore esplicazione della vigilanza medico-scolastica.

Il Ministro della Pubblica Istruzione ha diretto ai Provveditori agli studi una circolare volta a spiegare la importanza della educazione igienica dello scolaro e della funzione del medico scolastico.

Premesse alcune considerazioni d'ordine generale, soggiunge la circolare:

« La istituzione del *medico scolastico*, guida illuminata e valido cooperatore del maestro, dovrebb'essere l'aspirazione di ogni Comune; ma anche nei piccoli centri, dove manca il tecnico specializzato, il maestro potrà contare sull'opera del sanitario, essendo prescritta dall'art. 145 del Regolamento generale sanitario 1° febbraio 1901, la ispezione, almeno mensile, per parte dell'Ufficiale Sanitario in tutti gli Istituti scolastici.

« Recentemente, per iniziativa di alcuni Comuni, un altro funzionario modesto, ma utilissimo, s'è introdotto nella scuola a completare l'opera di igiene e di assistenza medica ed a formare un anello di congiunzione fra il medico ed il maestro, fra la scuola e la famiglia: la vigilatrice sanitaria scolastica.

« Questo personale femminile, particolarmente preparato, non solo coadiuva il medico nelle sue ispezioni e nell'esame individuale dello scolaro, non solo ne esegue le prescrizioni, facendo le indispensabili medicazioni di quei piccoli ma tanto frequenti malanni del fanciullo, ai quali di solito la famiglia non dà importanza — mentre costituiscono altrettanti elementi di debolezza fisica — ma coadiuva ancora l'insegnante nella ispezione di pulizia, estendendola periodicamente anche alle parti coperte, e procedendo meglio di quello che non possa fare il maestro, alle applicazioni pratiche immediate di quelle elementari regole di nettezza che sono il primo dovere dello scolaro.

« La pediculosi, che costituisce purtroppo una piaga universale delle classi povere e meno educate, solo per mezzo della vigilatrice ha potuto avere una decimazione che si avvicina alla scomparsa assoluta.

« La vigilatrice poi con la osservazione continua dei fanciulli, si è dimostrata inoltre utilissima nel raccogliere molti preziosi elementi da segnalare al medico, per gli eventuali prelissima nel raccogliere molti preziosi elementi gere di anomalie, deficienze, malanni successivi, con svantaggio indiscutibile e per gli scolari e per la scuola e per la società.

« Dove poi la vigilatrice è riuscita di utilità eccezionale è nell'azione a domicilio, dove si reca a portare il consiglio ed il suggerimento del medico, ottenendo con un'opera cortese, ma tenace di persuasione, quella cooperazione della famiglia che altrimenti sarebbe ben difficile raggiungere.

« Come l'esperimento ha dimostrato, gli avvertimenti con i richiami alla pulizia, alla disinfezione da parassiti, inviati per iscritto o a mezzo dello scolaro, non ha mai l'efficacia di una dimostrazione pratica fatta con molto tatto davanti alle madri. Persino i suggerimenti del medico-scolastico per cure mediche e interventi chirurgici, acquistano maggior valore persuasivo se portati ed illustrati dalla vigilatrice, venendo a cadere, di fronte ad una donna che sappia insinuare con un linguaggio famigliare l'utilità di un provvedimento, la naturale diffidenza che molti spesso dimostrano verso il parere medico, non richiesto, e spesso interpretato come una arbitraria imposizione.

« Una maggior cura per la pulizia e la salute dei fanciulli, una maggiore assiduità alla scuola, una diminuzione della morbosità degli scolari sono i risultati ormai dimostrati dalla istituzione della vigilatrice.

« Condizione indispensabile per la riuscita di questa iniziativa è la buona scelta di un personale tecnicamente preparato e fornito di una naturale attitudine a questa delicata funzione; ma anche là ove non si possono assumere vigilatrici professioniste retribuite, non sarà difficile, con una prudente ricerca, trovare signorine che vogliano dedicare a questa opera di tanta importanza sociale, la loro attività quali *vigilatrici sanitarie volontarie* ».

Emendamenti alla composizione del Consiglio Superiore di Sanità.

« Il numero dei dottori in medicina e chirurgia, che compongono il Consiglio Superiore di Sanità è portato da otto a undici e cioè: sei particolarmente competenti nell'igiene pubblica, uno in idrologia, uno in pediatria, uno in clinica medica, uno in patologia generale » (D. L. 27 aprile 1924, n. 621, *Gazzetta Ufficiale*, 8 maggio n. 109).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

In merito alla clinicizzazione degli Ospedali.

Riceviamo:

Palermo, 12 maggio 1924.

Spett. Amm.ne Giornale *Policlinico* - Roma.

In seguito alle deferenti dichiarazioni per la classe degli Ospedalieri pubblicate nel n. 18 di codesto periodico, questa Associazione ha ripreso in esame l'articolo del n. 14 ed ha deciso di inviare la seguente risposta:

1. Nell'articolo a pag. 473 si contengono errori di fatto e di diritto, fra gli altri si afferma che la legge sulla clinicizzazione fu approvata coi pieni poteri, mentre allo stato si tratta soltanto di un decreto che, come si legge all'art. 12, sarà presentato al Parlamento per essere convertito in legge.

2. L'articolo attribuisce agli Ospedalieri delle affermazioni erronee, forse per poterle più facilmente confutare. Infatti fa dire agli Ospedalieri che i Clinici non hanno la capacità tecnica di assistere e curare gli ammalati. Niente di vero in ciò, e nessuno ospedaliero lo ha mai detto, nè pensato. Gli Ospedalieri hanno sempre affermato che l'assistenza ospedaliera tende alla più pronta restituzione alla società degli infermi guariti, mentre la assistenza clinica avente per scopo lo studio didattico dell'ammalato, ritarda per necessità questa reintegrazione, e non incontra per questo sfruttamento la preferenza dei pazienti; e ciò è confermato dalle statistiche dalle quali si desume che il rendimento sociale degli Istituti ospedalieri, tenuto conto della media della degenza, numero percentuale degli interventi, mortalità, non è inferiore a quello degli Istituti clinici più perfetti.

3. Lo stesso tono e lo stesso scopo ha l'altra affermazione attribuita agli ospedalieri, i quali, secondo il *Policlinico,* temono di imprimere carattere scientifico alle cure degli ammalati; ed è naturale che il periodico soggiunga: «È difficile a chi ragioni serenamente ed obbiettivamente distinguere cure scientifiche e non scientifiche; non esistono che cure ben fatte o mal fatte». Ora, in nessuno degli ordini del giorno degli Ospedalieri si afferma di aver curato o voler curare gli infermi non scientificamente, e d'altra parte gli Ospedalieri non hanno bisogno di essere messi sull'avviso per le cure ben fatte o mal fatte; i risultati del loro lavoro sono lì a provarlo, anche in confronto dei clinici.

4. L'articolo prosegue dicendo di non tenere conto di argomentazioni *minori* come la seguente: che gli ospedali non possono integrare l'insegnamento clinico. Siamo così all'argomento non minore, ma bensì massimo e fondamentale, perchè è appunto quello che ha ispirato tutto il decreto, che ha lo scopo unico e precipuo di annientare la carriera ospedaliera, specie dove si afferma in concorrenza colla clinica, e di rendere impossibile *di fatto* lo insegnamento libero delle mediche discipline.

Che gli Ospedalieri possano integrare l'insegnamento clinico non è dubbio. Le scuole ospedaliere così fiorenti ed apprezzate dove esistono sono lì a provarlo; e la assoluta preferenza che i giovani medici danno alle corsie degli ospedali, anzichè a quelle dei clinici, prestandovi volontariamente servizio gratuito, allo scopo di addestrarsi alla pratica professionale, non ammette chiarimento e commento. Ed anche il famoso decreto all'art. 5 ha ammesso che ospedali, anche in città non sedi di Università, accolgano studenti e laureati per l'esercizio della pratica professionale sotto la guida di *Primari ospedalieri.* Ma dopo questa lusinghiera affermazione di principio segue la clausola monopolizzante: *Sentito il parere della Facoltà Medica.*

5. Un altro errore di fatto da rilevare è il seguente: L'art. 1° del decreto esclude gli Ospedali di Roma dall'obbligo della clinicizzazione. Ciò importa che il numero dei letti delle cliniche di Roma (in media 80) sono più che sufficienti ai bisogni dello insegnamento. Invece clinicizzando nelle altre sedi universitarie gli ospedali con una media inferiore ai 600 letti, le cliniche, aggiungendo ai propri letti quelli ospedalieri, verrebbero ad avere dappertutto un numero di letti superiore ad 80, ciò che sarebbe eccessivo ed in contrasto con lo spirito dell'art. 1° del decreto stesso.

Sorvoliamo anche noi per brevità su argomenti minori.

Desideriamo però far conoscere ai colleghi d'Italia, come già hanno pubblicato i giornali politici, che il ministro Gentile a Palermo, il 2 aprile, agli Ospedalieri di Catania, Messina e Palermo, presentati dagli on. Scalea e Cirincione, ha ripetutamente dichiarato nella maniera più esplicita ed inequivocabile che la clinicizzazione avrebbe riguardato *caso per caso singoli reparti ospedalieri* e mai *interi ospedali.*

Pertanto se il testo del decreto, per ragioni *burocratiche,* ha conservato la sua dizione primitiva, abbiamo fiducia che il Regolamento verrà a confermare gli impegni inderogabili del ministro.

Con ogni osservanza

Il Presid. dell'Assoc. Medici Ospedalieri di Palermo
Prof. Fausto Orestano.

***

Genova, 8 maggio 1924.

Spett. Direzione del *Policlinico* - Roma.

In merito all'articolo pubblicato nel n. 14 della Sezione pratica, e di cui a pag. 602 del n. 18 della stessa, a proposito della protesta dei Medici ospedalieri palermitani, tengo a dichiarare a nome di tutti i colleghi Ospedalieri della nostra regione che, nell'opposizione che è stata fatta e continuerà a farsi al decreto ora pubblicato, ed alla sua eventuale applicazione, sebbene l'interesse nostro personale possa sentirsene offeso, pure questo passa assolutamente in seconda linea di fronte agli interessi generali con cui, secondo il nostro convinci-

mento, detto decreto viene a contrastare. E le ragioni di questo contrasto ci paiono principalmente le seguenti:

1. Anzitutto il decreto di clinicizzazione viene ad aggravare uno stato di cose che, se pure già preesistente, non per questo è e sarà meno deplorevole; cioè a dire una condizione di *monopolio dell'insegnamento superiore da parte dei professori ufficiali;* i Clinici nel caso nostro. La Scuola Libera, questa piattaforma di molteplici battaglie elettorali e parlamentari, sembra oggi doversi arrestare, con un'assurda limitazione, alle scuole elementari e medie. Quella che dovrebbe essere la scuola libera per definizione, voglio dire l'Istruzione Superiore, è oggi ridotta, almeno per ciò che riguarda l'insegnamento clinico, alle accennate condizioni monopolistiche da parte di insegnanti ufficiali. Lo Istituto della Libera Docenza, a cui tanta parte dovrebbe spettare nel completare la cultura scientifica e professionale dei giovani studenti, è oggi, almeno negli ultimi anni della Facoltà di Medicina, quasi praticamente abolito, tanto gli studenti sono presi nella ferrea morsa dell'insegnamento ufficiale; basti il dire che persino le Esercitazioni pratiche di Clinica sono oggi affidate al Titolare! Ora non sarà, ma la clinicizzazione pare (dico «pare») voler maggiormente intensificare gli ostacoli che già si frappongono all'esplicazione dell'insegnamento libero, col togliere a molti Liberi Docenti che oggi coprono, e non indegnamente, la carica di Primari d'Ospedale, il campo fruttuoso dei loro studi e delle loro osservazioni. Ed è ovvio il ritenere che la soppressione di una sana e nobile emulazione fra Cliniche ed Ospedali non debba certo riuscire giovevole al progresso degli studi. Nè vale l'affermare che tale svantaggio sarà compensato dal maggiore materiale di studio che le Cliniche verranno ad avere in virtù del presente decreto; giacchè questo materiale potrebbero averlo ugualmente a disposizione col giovarsi dei Reparti Ospedalieri per l'istruzione pratica degli studenti, salva restando l'indipendenza degli Ospedali e dei Primari ai quali tali Reparti sono affidati. E dirò anzi che quello di essere chiamati a collaborare all'istruzione dei giovani è un desiderio ripetutamente espresso già dai Medici Ospedalieri.

2. In secondo luogo si verrà a creare, specialmente nei piccoli centri universitari, una specie di Servizio di Stato per ciò che riguarda l'assistenza ospedaliera degli ammalati poveri, con tutti gli inconvenienti che abbiamo, or non è molto, deprecato in altri rami dell'attività statale. E la prima e non meno grave conseguenza sarà l'inaridimento della pubblica beneficenza, che ha avuto tanta parte nel creare, e tanta ne ha nel mantenere i pubblici spedali. Per quanto nobile sia il fine che lo Stato si propone, come è quello dell'incremento delle Scienze Mediche, è certo che questo non trova, almeno nelle masse, quel facile consentimento che trova invece la pietà per il povero sofferente. A ciò si aggiunga quella diffidenza, giustificata o no, che nel nostro Paese domina ancora per tutto ciò che sa di statale e di governativo. Basta fare un confronto fra i lasciti che si hanno annualmente per gli Ospedali, e quelli invece destinati alla pubblica istruzione!

3. Senza volere addentrarci nella quistione giuridica della patente violazione della volontà dei Testatori, che legarono cospicue somme per Ospedali amministrati e diretti con criteri espressamente o tacitamente indicati come di loro gradimento, ci pare di una evidenza innegabile il diritto della cittadinanza a volere il controllo diretto della gestione e delle direzioni tecniche dei propri Ospedali. Controllo che verrà invece completamente a mancare, quando gli Ospedali cittadini passino alla dipendenza delle Cliniche Universitarie.

A queste principali ragioni che militano contro la cosidetta clinicizzazione, molte altre se ne potrebbero aggiungere, e parecchie sono già state illustrate in altri scritti; di modo che reputo superfluo il tornare a ripeterle; mi auguro solamente che di tutte quante S. E. il Ministro della P. I. e S. E. il Presidente del Consiglio vogliano tenere il debito conto nell'elaborazione del Regolamento, in maniera che una eventuale applicazione del Decreto sia resa almeno più tollerabile alle Amministrazioni che dovranno subirla, e siano salvaguardati i diritti acquisiti; e nello stesso tempo sia riconosciuta la necessità che la libertà d'insegnamento non venga completamente abolita nelle Università Italiane, non solo, ma sia rimessa invece nel dovuto onore, specialmente utilizzando i Reparti Ospedalieri indipendenti come un ottimo campo di istruzione degli studenti in Medicina, sotto la guida dei Primari che hanno dato prova di maturità scientifica e professionale.

Con ringraziamenti anticipati,

Dev.mo: A. G.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(Continuazione; vedi fasc. 20).

	Lire
Dott. Rivaratti, Reggio Emilia	10
Dott. Cepelli A., id.	5
Dott. Giacchi Francesco, id.	10
Dott. Rizzatti, id.	10
Dott. Pighini Giacomo, id.	10
Dott. Barbieri Pietro, id.	10
Dott. Fontanesi Carlo, id.	10
Dott. Bertolani Aldo, id.	10
Dott.ssa Bertolani Del Rio Maria, id.	10
Prof. Valenti Giovanni Luca, id.	30
Dott. Plaucher Enrico, Guastalla	20
Dott. Menozzi Roberto, Ramiseto	20
Dott. Facci Giuseppe, Rolo	10
Dott. Guidetti Pietro, Regnano	10
Dott. Caradonna Egisto, Barco	10
Dott. Sozzi Luigi, Reggio Emilia	10
Dott. Fiandri Ottavio, Rio Saliceto	10
Dott. Bonacini Luigi, Baiso (S. Cassiano)	10
Dott. Curini-Galletti Cosimo, Cadelboscosotto	10
Magg. M. Porru Pietro, Firenze	120
Cap. M. Durazzano Vincenzo, Lucca	80
Prof. Marchetti Oscar, Firenze	50
Prof. Leoncini Francesco, Parma	30
Dott. Martelucci Ruggero, Firenze	25
Dott. Braccianti Cino, Fiesole	20
Dott. Raffaelli Luigi, Bagnone	25
Dott. Cipparone Nicola, Borgo S. Lorenzo	25
Dott. Semeria Maggio Antonio, Sanremo	20
Dott. Mariani Manfredi, Pistoia	10
Dott. Mariani Mario, Pistoia	10

(Continua).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALFIANELLO (*Brescia*). — L. 7000; uff. san. L. 300; bicicl. L. 1000; doppio c.-v.; quinquenni. Scad. 31 maggio.

BARCHI (*Pesaro*). — A tutto 31 mag., consorzio; L. 6000 per 200 pov., tre sessenni decimo, L. 2500 cav., L. 300 uff. san., «nuda casa di abitazione». Età lim. 40. Accett. entro un mese, serv. entro 40 giorni.

BONDENO (*Ferrara*). — A tutto 31 mag. Due condotte, per Scortichino e Stellata; L. 10,000 oltre L. 3,000 assegno fluttuante; 5 quadrienni dec. Serv. entro 15 g. Età lim. 35. Vaglia postale di L. 50.15.

BONDIONE (*Udine*). — Consorzio. Stipendio e indennità L. 14.400. Aumenti periodici. 2 indennità c.-v. Tassa concorso L. 30,10. Documenti di rito. Gratuita abitazione civile. Scadenza al 15 giugno. Richiedere avviso Segreteria comunale.

CERIGNOLA (*Lecce*). — Scad. 30 mag. Medico d. Dispensario pubbl. comunale p. profilassi e cura sifilide e mal. veneree; L. 2500 (*sic*) lorde. La nomina avrà la durata di cinque anni.

GAVELLO (*Rovigo*). — Scad. 31 mag. Vedi fasc. 19.

LECCE. *Amministraz. Provinciale di Terra d'Otranto.* — Direttore medico sala provinciale di recezione degli esposti; L. 8000. Scad. ore 12 del 31 mag. Età lim. 45. Serv. entro 15 g. Chiedere annunzio.

LEVICE (*Cuneo*). — Con Bergolo; L. 5500; uff. san. L. 500; alloggio; tassa conc. L. 50. Scad. 31 mag.

LIVORNO PIEMONTE (*Novara*). — 1ª cond. interna; L. 6000 e 1° c.-v., per 300 pov.; addizion. L. 3. Scad. 31 mag. Tassa conc. L. 50.

MARCELLINA (*Roma*). — Scad. 5 giu. L. 7000 oltre L. 300 uff. san. e L. 300 arm. farm., primo c.-v.; ab. 2000. Un'ora di ferrovia da Roma.

MARIGNANO (*Forlì*). — A tutto 5 giug., 1ª cond.; vedi fasc. 20.

MASSA. — Scad. 30 mag. Per Canevara. L. 6500 e 1ª indenn. c.-v.

OSTELLATO (*Ferrara*). — Scad. 15 giu., 3ª cond.; L. 10,000 e 5 quadrienni decimo oltre L. 3000 in funzione indenn. c.-v. (variabile). Vaglia postale di L. 50.15.

POGGIO DI BERNI (*Forlì*). — Scad. 31 mag. L. 8000 e 1° c.-v., oltre L. 1000 uff. san.; L. 2500 cav. Vaglia postale di L. 50 intestato all'Esattore.

PONZANO DI FERMO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 10 giug.; ab. 1861; ha. 1441; L. 6000 resid., L. 1000 per 1000 pov., L. 3000 cav., L. 500 uff. san., L. 360 arm. farm., L. 4500 temporan. pei cittadini non facoltosi; primo c.-v.; tre sessenni decimo.

PORTO S. GIORGIO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 15 giu. L. 6500 residenza e cura poveri; due c.-v. come statali; aumenti periodici come impiegati del comune. Vaglia postale L. 50.

RACCUIA (*Messina*). — Scad. 31 mag. L. 5000 (*sic*) pei pov.; L. 610 uff. san.

RONCOFREDDO (*Forlì*). — A tutto 25 giu., 1ª condotta; vedi fasc. 20.

S. GIOVANNI IN MARIGNANO (*Forlì*). — A tutto 5 giu., 1ª cond. Vaglia postale L. 50.20 intestato al Sindaco. Ab. 400 agglom. e 2069 sparsi in ha. 984. L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 2500 cav.; due c.-v. Serv. entro 15 g.

SPERLINGA (*Catania*). — Stip. L. 5000 (*sic*); per uff. san. L. 500; indennità provvista medicine lire 1500. Scad. 30 giug. Rivolgersi Segreteria comunale. Vaglia postale di L. 50, intestato al Tesoriere comunale.

SPINETE (*Campobasso*). — A tutto 15 giu.; lire 4,500 (*sic*) e tariffa abbienti, 5 quinq. decimo, L. 500 uff. san. Età lim. 39. Accettaz. entro 8 g., servizio entro 20 g.

TRABIA (*Palermo*). — A tutto 31 mag.; L. 5000 (*sic*) pei pov. e 5 quinquenni dec.; primo c.-v.; indenn. supplet. oltre i 500 pov.

UDINE. *Amministraz. Provinc. del Friuli.* — Medico di Sezione nel Manicomio Provinc.; L. 11.000 oltre supplem. di servizio attivo in L. 300 (*sic.*) annue e c.-v. di legge, alloggio person. mobil., luce, riscald., vitto nei giorni di guardia; 4 quadrienni e 2 quinquenni decimo; dopo 5 anni eventuale qualifica *ad honorem* di primario, con aum. di L. 500. Età lim. 25-35. Scad. ore 18 del 12 giug. Rivolgersi Segreteria.

VASTO (*Chieti*). — 1ª zona; L. 4000 (*sic*) oltre L. 500-1000-2000 in concorrenza fino a pov. 250-500-1000 rispettiv. e 4 quinquenni dec. Scad. 31 mag. Serv. entro 15 g. Ab. 15.000 di cui 2/3 al centro.

VERNOLE (*Lecce*). — Per frazioni e centri sparsi; L. 5000 (*sic*) fino a 1500 pov. (*sic*), addizion. L. 5; L. 1500 cav.; 5 quinquenni dec. Scad. 31 mag.

VOLTURINO (*Foggia*). — Scad. 31 mag. L. 4500 (*sic.*), salvo variazioni che potrà apportare la G. P. A.; 1° c.-v.

CONCORSI A PREMIO.

ROMA. *Società Italiana di Medicina Interna.* — Sono aperti i concorsi (riservati agli studiosi con cittadinanza italiana), per due premi di lire 10 mila ciascuno, offerti dalla Ditta Hoffmann-La Roche, per lavori eseguiti nel campo della *terapia medica*. Possono concorrere a detti premi singoli autori, più autori che abbiano lavorato in collaborazione, istituti scientifici non industriali. I lavori dovranno essere stati già pubblicati, salvo eccezione. I lavori presentati al concorso dovranno avere carattere strettamente scientifico e non dovranno servire da réclame a case produttrici o a singoli individui. Per concorrere al 1° premio gli autori dovranno presentare lavori pubblicati entro il periodo decorrente dal 1° gennaio al 31 dicembre 1924; per il 2° premio i lavori dovranno essere pubblicati entro il biennio 1924-25. Il termine per la presentazione dei lavori per il concorso al 1° premio scade alle ore 16 del 31 dicembre 1924; quello per il 2° premio alle ore 16 del 31 dicembre 1925. I lavori dovranno inviarsi alla Segreteria della Società di Medicina interna, in Roma. Per ulteriori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Società, presso la R. Clinica Medica al Policlinico Umberto I - Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Giovanni Fravega, capitano di complemento, è stato decorato della medaglia di bronzo dei Benemeriti della Salute Pubblica.

La borsa di studio fondata dagli italiani della Pennsilvania per un posto presso il Collegio Medico Femminile di Filadelfia è stata assegnata alla signorina Elena Angelucci di Roma.

La Giuria dell'Esposizione Internazionale d'Igiene tenuta a Strasburgo in occasione del centenario pasteuriano ha assegnato un diploma d'onore al Municipio di Roma per le opere di sorveglianza scolastica, degna affermazione nel campo del civile progresso.

NOTIZIE DIVERSE.

La celebrazione dei medici caduti in guerra che doveva aver luogo il 24 maggio 1924 per cause di forza maggiore, è stata rinviata improrogabilmente all'autunno di quest'anno.

Alle famiglie degli Eroi Caduti ed a tutta la Classe Medica sarà presto comunicata la data precisa.

Per informazioni rivolgersi al Segretario Generale dott. F. Bocchetti, Direttore Sanatorio di Anzio (Roma).

Convegno per lo studio demografico-sanitario del cancro.

Si è tenuto a Roma un convegno della Commissione tecnica delegata dal «Comitato Internazionale d'Igiene» della «Società delle Nazioni» allo studio demografico-sanitario del cancro.

La seduta inaugurale ebbe luogo il 14 maggio, presso la Direzione Generale della Sanità Pubblica. Il dott. Lutrario rivolse ai convenuti un saluto in nome del Governo italiano e dell'amministrazione sanitaria; rispose il dott. Jitta, capo del Servizio Nazionale per la Salute pubblica dell'Olanda, in nome delle rappresentanze estere.

Hanno preso parte attiva ai lavori i dottori Lutrario, Jitta, Greenwood, Deelman, Niceforo, ecc.

La Commissione ha anche visitato varî Ospedali, Istituti scientifici e curativi.

***

In questa occasione il prof. Gaetano Fichera, direttore dell'Istituto di patologia chirurgica dell'Università di Pavia, ha tenuto, sotto gli auspici della «Federazione Nazionale per la lotta contro il cancro», due conferenze e una dimostrazione il 16, 17 e 20 maggio, nell'aula della Clinica Medica, gentilmente concessa dal prof. V. Ascoli.

L'oratore venne presentato dal presidente della Federazione, sen. Marchiafava.

Egli ha esposto ampiamente i suoi studî e le sue concezioni sull'eziologia dei blastomi maligni, nei quali egli vede la conseguenza di uno *squilibrio omogeno* di natura costituzionale; ne ha tratto delle conseguenze notevolissime, relative alla diagnosi di predisposizione, alla diagnosi della lesione iniziale ed alla cura; questi studi sono suscettibili di ulteriori sviluppi, che l'insigne scienziato ha prospettato e si ripromette di compiere. Le due conferenze furono ascoltate col più vivo interesse.

Intercambio colturale.

Il prof. Ludolf Brauer, clinico medico di Amburgo, ha tenuto in seno all'Accademia Medica di Roma, nell'aula della Clinica medica, una conferenza sulla cura chirurgica della tubercolosi polmonare.

L'oratore, presentato dal prof. Ascoli, si è espresso in lingua italiana.

La sua conferenza, breve, dimostrativa, efficacissima, venne illustrata da numerose e nitide proiezioni che hanno permesso di seguire davvicino i diversi tempi degli atti operativi e di far valutare le difficoltà e le semplificazioni della tecnica.

La conferenza è stata molto apprezzata e varrà a promuovere tra noi l'attuazione dei metodi curativi preconizzati dal Brauer.

***

Il prof. Hans Much, patologo di Amburgo, ha tenuto nell'Aula Magna dell'Università di Palermo una conferenza sul tema: «Fenomeni immunitarii»; fu presentato dal preside della Facoltà medica prof. L. Manfredi; esordì in francese, salutando i convenuti, e pregò il dott. Di Renzo di leggere la traduzione della conferenza, che fu seguita con interesse dal denso pubblico.

VI Congresso nazionale di medicina del lavoro.

Si svolgerà a Venezia dal 1° al 4 giugno; l'inaugurazione avrà luogo nella Sala Napoleonica (Piazza S. Marco); i lavori si terranno nell'Ateneo Veneto (Campo S. Fantin); la Segreteria ha sede a Campo San Stefano, 2768 - Venezia.

Temi ufficiali: 1) Effetti della monotonia del lavoro: Relatore prof. E. Cevidalli; 2) Assistenza prenatale alla madre operaia sana e malata: Relatore prof. L. Ferrannini; 3) Avvelenamenti professionali per via inalatoria: Relatore prof. Preti; 4) Orari ridotti di lavoro per gli invalidi parziali: Relatori professori G. Pieraccini e F. Vitali; 5) Sugli studi più recenti della patologia del lavoro: Relatore prof. G. Giglioli; 6) Relazione medico-igienica sugli esercizi delle Assicurazioni obbligatorie in Italia: G. Pisenti.

Agli atti del Congresso sarà allegato un *Index* della medicina del lavoro, index che verrà sempre aggiornato nei successivi atti dei Congressi futuri.

Presidenti del Comitato d'onore sono S. E. Corbino e il prof. Luigi Devoto; Presidente del Comitato esecutivo è il prof. Fabio Vitali; Segretario generale è il dott. Antonio Dian.

La quota d'iscrizione è fissata in L. 25 per i Congressisti ed in L. 50 per gli Enti che aderiscono al Congresso. Sono assicurate speciali riduzioni ferroviarie, d'albergo e di ristoranti per i Congressisti. Saranno organizzate gite a scopo scientifico.

***

Presso la Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli infortuni sul lavoro, ha avuto luogo la riunione

per costituire il Comitato Regionale per il Lazio del VI Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro.

Il Comitato ha concretato in linea di massima l'argomento delle comunicazioni al Congresso.

La Croce Rossa Italiana predisporrà una comunicazione sulla istituzione di una Colonia Agricola per la rieducazione al lavoro dei tubercolotici e sul funzionamento dell'Istituto per la rieducazione degli Invalidi del lavoro e della guerra.

L'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale presenterà una relazione sulla propria organizzazione, sulle proprie finalità e sull'azione di propaganda svolta fino ad oggi.

Il Comitato ha espresso il voto che il Ministero dell'Economia Nazionale faccia conoscere al Congresso l'attività svolta, a mezzo della Direzione Generale del Lavoro e della Previdenza Sociale nel campo della Medicina del Lavoro, voto che sarà trasmesso a S. E. l'on. Corbino.

Per gli orfani di guerra e per i fanciulli anormali psichici.

L'Opera Nazionale per l'assistenza agli Orfani di Guerra anormali e psichici, della quale è presidente S. E. il Generale d'esercito sen. Giardino, eretta in ente morale con R. D. 16 gennaio 1921, ha già aperto due Istituti: uno a Fornaci di Barga, specialmente adatto per fanciulli anormali educabili e che possono avviarsi più facilmente, con opportuni metodi, all'esercizio di arti e mestieri; l'altro in Roma per i casi più complessi.

Numerosi fanciulli si trovano già ricoverati in detti Istituti; ma l'organizzazione di questi, che è stata lunga e accurata, permette di estendere il ricovero e le cure ancora a centinaia di altri.

La Direzione dell'Opera, quindi, prega i sigg. Sindaci, Parroci, Medici, Insegnanti e quanti altri possono compiere autorevole propaganda benefica, di informare di quanto precede, le famiglie interessate, esortandole a chiedere, all'occorrenza, chiarimenti alla Sede Centrale dell'Opera Nazionale (via degli Astalli, n. 15 - Roma).

E poichè l'Opera estenderà, in un prossimo tempo, la sua assistenza a tutti i fanciulli anormali psichici in genere (deficienti dell'intelligenza, affetti da disturbi nervosi con anomalie del carattere, impulsivi, pervertiti, ecc.), essa interessa le medesime Autorità e personalità di cui sopra, ad inviare alla sua Sede Centrale tutte quelle notizie che possano contribuire all'accertamento statistico dei predetti fanciulli che non abbiano età superiore ai 15 anni.

Data l'importanza umanitaria e sociale d'un compito siffatto, non dubitiamo che esso sarà, da quanti possono, volonterosamente e diligentemente adempiuto.

I problemi dell'assistenza sanitaria.

Il prof. Ronzoni, invitato dal Gruppo Associazioni Femminili, ha tenuto a Milano una conferenza sui nuovi compiti della Provincia nell'assistenza sanitaria. Ha sostenuto la tesi che la medicina più efficace è quella che previene e difende; per questi compiti profilattici gioverebbe creare centri di pro paganda, con scuole per infermiere sociali; dispensari di assistenza, stazioni di isolamento, laboratori di ricerche; l'oratore esamina poi alcune funzioni sanitarie che dovrebbero essere assunte in difesa della maternità e della prima infanzia, difesa dalle malattie epidemiche contagiose. Concludendo dichiara che la donna oggi entra nella vita con conoscenza delle questioni e problemi sociali e può portare il suo contributo in questa difesa contro la malattia e nella propaganda igienico-sanitaria.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 2 Giugno 1924 Fasc. 22

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

VEN. ARCISPEDALE DERMOCELTICO DI S. MARIA E S. GALLICANO IN ROMA

L'acido meta-amino-ossifenilarsenico e suoi derivati nella cura della sifilide.

Conferenza tenuta dal Prof. PIO PEDICONI, medico primario dell'Ospedale di S. Gallicano.

La possibilità d'introdurre nell'organismo umano gli arsenobenzoli per via gastrica, e cioè per una via meno incomoda di quella delle vene o del tessuto muscolare e sottocutaneo, è stata lungamente studiata da moltissimi ed è stata finora una mèta agognata e non raggiunta. Mèta agognata perchè non v'è chi non comprenda quanto grande, quanto immenso vantaggio deriverebbe all'individuo e alla società se si potesse finalmente disporre di un mezzo facile, alla portata di tutti, con cui far scomparire le manifestazioni sifilitiche. Non v'è chi possa negare che, se l'uso degli arsenobenzoli si fosse potuto generalizzare con la somministrazione per via gastrica a tutti i malati lontani dai centri dove non esistono mezzi per praticare la cura endovenosa, con la scomparsa rapida delle manifestazioni infettanti sarebbe stata notevolissimamente più limitata la diffusione della sifilide.

Lo stesso Ehrlich vide questa necessità e tentò in mille modi, con preparazioni varie, di rendere tollerato da parte della mucosa gastrica il Salvarsan. Non riuscì.

Numerosi altri medici e chimici hanno provato con le più variate preparazioni galeniche; non sono praticamente riusciti.

Da ultimo Fournier, Guénot, Renault tentarono ancora, ma non riuscirono.

Bisogna concludere che gli arsenobenzoli attualmente in uso non si assorbono per via gastrica, e che la mucosa gastrointestinale è una densa, impermeabile muraglia fra essi e l'organismo.

Bisognava quindi trovare un prodotto diverso, e a questo proposito dirò subito che non credo di esagerare in ottimismo, affermando che il problema della somministrazione degli arsenobenzoli per via gastrica è in via di risoluzione con l'uso dei derivati dell'acido arsenico, dei derivati cioè dell'arsenico pentava-

lente. Colleghi, sia sempre però presente in noi quella buona dose di tradizionale scetticismo che non ci conduce a giudizi imprudenti.

Entro in argomento e sarò breve, brevissimo; sarò quanto più conciso è possibile compatibilmente con la chiarezza della esposizione. E quanto riferirò delle mie risultanze cliniche, completerò con la visione dei malati che pongo a disposizione degli egregi colleghi.

Anzitutto un po' di storia. Ehrlich prima di giungere al 606 aveva già ottenuto e sperimentato i derivati pentavalenti arsenobenzenici. L'arsenico, come si sa, è un metalloide trivalente e pentavalente. Negli arsenobenzoli è trivalente, negli acidi arsenici è pentavalente; questi ultimi furono dallo stesso Ehrlich messi completamente da parte perchè giudicati poco attivi e particolarmente tossici. La loro tossicità veniva esplicata da un'azione singolarmente dannosa nei topi a carico del sistema nervoso; quindi tutta l'attenzione fu rivolta ai derivati dell'arsenico trivalente, agli arsenobenzoli.

È merito particolare ed esclusivo della scuola francese l'avere ripreso lo studio dei derivati dell'arsenico pentavalente e, ripeto, i risultati finora ottenuti da queste ricerche sono tali da incoraggiarci a prenderli nella più seria considerazione.

Primi a sperimentare furono Levaditi, Fournier, Navarro-Martin, Schwartz con le loro pubblicazioni del maggio 1922 all'Académie des Sciences.

Secondo questi Autori un derivato acetilato dell'acido ossiaminofenilarsenico veniva benissimo tollerato ed aveva un'evidente azione benefica nella sifilide, inquantochè con questo medicamento si otteneva la rapida scomparsa delle manifestazioni morbose. *Il maggior particolare interesse nelle ricerche dei soprannominati Autori è dato dal fatto che la somministrazione del farmaco avviene esclusivamente per bocca.*

In base a questi risultati, il dott. Clément Simon, studiata l'azione di un derivato formico dell'acido metà amino-paraossifenilarsenico, afferma che la tossicità di questo prodotto è di gran lunga inferiore a quella degli arsenobenzoli.

Per quanto riguarda l'efficacia curativa, lo stesso Simon la giudica oltremodo considerevole.

Infatti, avendo somministrato questo derivato formico, cui è stato dato il nome di *Tréparsol*, a numerosi malati, dei quali alcuni ha potuto seguire per molti mesi, riferì nella seduta dell'8 novembre 1923 alla Società Francese di Dermatologia, in collaborazione coi dottori Rabreau, Bralez, Wickham e Bourdillon e nel n. 49 del *Bulletin Médical* del 1923, i risultati ottenuti su 20 sifilitici nel periodo primario e secondario.

Egli conclude nel modo seguente:

« L'action du Tréparsol sur les manifestations cutanées et muqueuses de la syphilis (chancres, papules cutanées, plaques muqueuses, tubercule tertiaire) est évident.

La disparition des Tréponèmes sur les chancres et les accidents secondaires s'obtient parfois en un jour, en général en 2-3 jours, en 7 jours au plus.

La cicatrisation des chancres que nous avons observés s'est faite, suivant l'importance du chancre, dans un délai qui a varié de 5 à 25 jours.

L'épidermisation des plaques muqueuses s'obtient en 3 ou 4 jours; dans un cas 9 jours.

Le roséole est un peu plus tenace de 5 à 13 jours. Les papules cutanées demandent à peu près ce délai. On sait d'ailleurs que les accidents cutanés sont plus résistants que les accidents muqueux, à cause de la vascularisation moins riche de la peau par rapport à celle des muqueuses.

Le seul accident tertiaire que nous avons traité a guéri en 10 jours.

On peut donc dire que les résultats que nous avons obtenus sont comparables à ceux que l'on obtient avec les injections intra-veineuses de 914.

Notons que nous n'avons encore rencontré aucun cas rebelle à la médication ».

***

Per quanto riguarda il comportamento della R. W. l'Autore dice che soltanto in 8 casi questa col trattamento si attenuò ed in 4 casi giunse a divenire negativa. I casi però nei quali la R. W. nelle prime settimane non era stata influenzata, con ulteriore trattamento, protratto per altre 3 settimane, ebbero R. W. negativa.

Mi è gradito dire che io stesso a Parigi, a Saint-Lazare ho visto i malati curati e guariti clinicamente da Clément Simon col trattamento per via gastrica.

Mie esperienze eseguite nell'Ospedale di S. Gallicano.

Ho sottoposto alla cura del Tréparsol per via gastrica 21 malati, dei quali singolarmente riferisco in modo schematico i dati clinici.

Casistica.

I. — G. G. *Sclerosi iniziale* del solco balano-prepuziale. R. W. + + — —. 1° giorno di cura 3 compr. Tréparsol, 2° giorno 4 compr., 3° giorno 4 compr., 7°, 8° e 9° giorno 4 compr. *Al 7° giorno di cura la sclerosi è riepitelizzata*, l'infiltrato è molto ridotto. Continua la cura.

II. — C. A. *Sclerosi iniziale della lamina interna del prepuzio. Sifiloderma eritemo-papuloso. Febbre. Cefalea.* 1° giorno di degenza 3 compr. Tréparsol, 2° giorno 4 compr., 3° giorno. Temp. 37°,4, 4 compr. La cura viene continuata alternando 3 giorni di somministrazione di 4 compr. di Tréparsol con altrettanti di riposo. Nessuna intolleranza. *« Febris syphilitica » e cefalea dileguatesi dopo i primi 3 giorni di cura. Al 17° giorno la sclerosi è cicatrizzata, il sifiloderma è scomparso.* Al 18° R. W. + + — —.

III. — L. S. *Sclerosi iniziale endoprepuziale. Fimosi infiammatoria. Placche mucose buccali.* Durante gli 8 giorni di degenza è sottoposto a trattamento analogo al caso precedente. Già *nell'8° giorno*, volendo il p. abbandonare l'Ospedale, notasi notevole miglioramento: *sclerosi quasi scomparsa, placche mucose guarite.*

IV. — P. V. *Sclerosi iniziale del solco balanico.* Pleiadi inguinali. *Sifiloderma papuloso lenticolare sparso.* 1° giorno di degenza iniez. endov. Neo. gr. 0.15; 6° giorno una compr. Tréparsol; 7° giorno 2 compr.; 8° giorno 3 compr.; 9° giorno 4 compr. Dal 13° al 17° giorno 4 compr. Tréparsol.

Al 10° giorno di cura il sifiloderma è impallidito; al 23° giorno è completamente scomparso. 21° giorno R. W. + + + +.

V. — M. B. *Fagedenismo e placche mucose dell'asta. Sifiloderma papuloso e roseolico diffuso.* 1° giorno di degenza 2 compr. di Tréparsol; 2°, 3° e 4° giorno 4 compr., poscia, sino al 25°, 3 giorni di cura di 4 compr. alternati ad altrettanti di riposo.

All'8° giorno dall'inizio della cura la roseola e le placche mucose sono scomparse, la lesione fagedenica ha assunto aspetto di piaga; gli elementi papulosi si sono notevolmente appiattiti. Al 10° giorno di cura R. W. + + + +.

Al 15° giorno la lesione fagedenica dell'asta è riepitelizzata completamente. Alla fine della 4ª settimana di cura eruzione papulosa scomparsa del tutto; R. W. + + — —.

Continua la cura.

VI. — C. S. *Roseola diffusa, poliadenopatia, cefalea, dolori articolari.* 1° giorno di degenza, T. 37°8, Tréparsol una compr.; 3° giorno, T. 37°6, 3 compr.; 4° giorno, la febbre è caduta, 4 compr.; 3 *giorni dopo l'inizio della cura la cefalea è diminuita, attenuati i dolori a carico delle ossa e delle articolazioni.* 5° e 6° *giorno 4 compr. Stato generale migliorato.* 10°, 11° e 12° giorno, 4 compr. *All'11° giorno di cura il sifiloderma è scomparso, i dolori parimente scomparsi.* R. W. + + + +.

VII. — C. M., a. 52. *Papule umide vegetanti genitali, perigenitali e perianali.* 1° giorno di degenza Tréparsol 2 compr.; 2° giorno, 3 compresse; 3°, 4° e 5° giorno, 4 compr. *Al 5° giorno di cura le papule si mostrano abbassate e riepitelizzate completamente.* 9°, 10° e 11° giorno, 4 compr.; all'11° giorno R. W. + + + +. *Al 13° giorno di cura l'infiltrato papuloso è scomparso, residua iperpigmentazione.* Dal 14° al 28° giorno, 3 giorni di cura a base di 4 compr. alternati ad altrettanti di riposo. Al 28° giorno R. W. + + — —.

VIII. — S. A., anni 10. *Sifiloderma eritemopapuloso. Papule umide vegetanti perianali.* Peso Kg. 25.500. 2° giorno di degenza, 1 compressa Tréparsol; 3° e 4° giorno, 1 compressa di Tréparsol; 7°, 8° e 9°, una compressa. *All'8° giorno di cura il sifiloderma è regredito completamente; al 9° le placche mucose si presentano notevolmente appiattite e del tutto epitelizzate.* Al 15° giorno peso Kg. 27.500.

IX. — P. A. *Ectima sifilitico della fronte e del dorso.* 1° giorno di degenza Tréparsol 3 compresse; idem al 2°, 3° e 4°. Dall'8° giorno alla fine della 4ª settimana alterna 3 giorni di cura con 4 compresse al giorno con altrettanti di riposo. All'8° giorno del trattamento l'eruzione è in via di regressione. Al 10° R. W. + + + +. Al 20° parecchie croste sono cadute lasciando scoperta una superficie completamente epitelizzata. R. W. negativa.

X. — M. G. *Papule umide dell'asta e dello scroto.* 1°, 2° e 3° giorno di degenza, 4 compresse di Tréparsol. *Al 2° giorno di cura ripetuti esami microscopici al paraboloide riescono negativi per la spirocheta. Al 4° giorno papule completamente epitelizzate.*

XI. — G. E. *Placche mucose delle grandi labbra e perianali.* Poliadenopatia. 1° giorno di degenza iniezione endovenosa di Neo gr. 0,15; 9° giorno, 2ª iniezione di Neo da gr. 0,30; 16° giorno, 3ª iniezione di Neo da gr. 0,45. I condilomi piani ipertrofici perianali, dopo una settimana dall'ultima iniezione, persistono non modificati e cioè infiltrati e segreganti. Al 23° giorno di degenza 3 compr. Tréparsol; 24°, 3 compr.; 25°, 4 compr.; 26°, 4 compr. Dal 31° al 51° giorno si continua la cura come nel caso VII. Al 16° giorno di trattamento per via orale, le placche mucose delle grandi labbra sono scomparse, le perianali appiattite e più pallide. Alla fine della 4ª settimana di cura col Tréparsol papule regredite del tutto. Al 34° giorno R. W. + + + —.

XII. — P. L. *Papule vegetanti perivulvari, sifiloderma pustoloso acneico.* 1° giorno di degenza 3 compr. di Tréparsol; 2° e 3° giorno, 4 compr. All'11° giorno di cura l'infiltrato papuloso costituito da numerosi elementi ipertrofici confluenti, va riassorbendosi. Il sifiloderma è in via di avanzata regressione.

XIII. — *Placche mucose vulvari.* 1° giorno di degenza, 3 compr. di Tréparsol; 2° e 3°, 4 compr. Dal 4° al 15°, 3 giorni di cura di 4 compresse alternati ad altrettanti di riposo. All'8° giorno di cura le lesioni vulvari sono guarite. Al 19° la reazione del Wassermann è negativa (Emolisi incompleta).

XIV. — M. A. *Papule umide perigenitali.* 1° giorno di degenza 3 compr. Tréparsol; 2° e 3° giorno 4 compr. Dal 6° al 20° giorno cura come nel caso precedente. Al 12° giorno di cura papule epitelizzate e quasi del tutto scomparse. Al 24°, R. W. negativa.

XV. — C. R. *Placche mucose tonsillari. Condilomi piani delle grandi labbra e perianali, sifiloderma roseolico. Poliadenopatia.*

Nei primi 4 giorni di degenza 4 compr. di Tréparsol al giorno, poscia si continua la cura come nel caso precedente. Al 6° giorno di cura le placche tonsillari sono scomparse, la roseola è regredita completamente, le papule genitali appiattite, impallidite ed epitelizzate, Al 24° giorno, R. W. + + + +.

XVI. — L. A. *Placche mucose dei genitali. Sifiloderma micropapuloso diffuso. Micropoliadenopatia.*

Nei primi 3 giorni di degenza Tréparsol 3 compr. pro die Lieve diarrea e fugace elevazione febbrile (38°6). Al 7° giorno 2 compr.; 8°, 3 compr.; 9°, 4 compr. Dopo 3 giorni di sospensione, altrettanti di cura con 4 compr. Al 6° giorno le placche mucose si presentano appiattite, impallidite ed epitelizzate. Il sifiloderma all'11° giorno è in via di avanzatissima regressione. Al 13° giorno di cura, R. W. + + + +.

XVII. — C. S. *Placche mucose labiali, linguali e tonsillari. Roseola di ritorno.*

1° giorno, 3 compr. Tréparsol; 2°, 3°, 7°, 8° e 9°, 4 compr. All'8° giorno le placche mucose sono epitelizzate, all'11° giorno di cura la roseola è scomparsa. Al 15°, R. W. + + + +. Si continua il trattamento.

XVIII. — F. G. *Gomma ulcerata del condotto uditivo esterno.* Dal 1° al 15° giorno di degenza si somministrano 4 compr. di Tréparsol per 3 giorni consecutivi alternati con altrettanti di riposo. All'8° giorno di cura l'ulcerazione ha acquistato aspetto di piaga bene granuleggiante, l'infiltrato circostante è molto diminuito. Al 15° giorno la piaga è completamente cicatrizzata.

XIX. — M. R. *Periostite omero destro, gomma ulcerata coscia destra.* Lesioni del braccio datanti da 2 mesi, lesione della coscia da tre mesi.

1° giorno di degenza 3 compr. Tréparsol; 2° e 3° giorno, 4 compr. Dal 4° al 21° giorno cura come nel caso precedente. Al 9° giorno di trattamento la lesione alla coscia è poco modificata; tumefazione periostea lievemente diminuita. Al 21° giorno, i margini dell'ulcerazione si presentano detersi. R. W. + + + +. Continua la cura.

XX. — F. L. *Gomma ulcerata regione preauricolare sinistra.* 1° giorno di degenza 3 compr. Tréparsol; 2°, 3° e 4° giorno cura come nel caso precedente. Al 6° giorno di cura l'ulcerazione prende l'aspetto di piaga e va colmandosi con belle granulazioni. Al 18° l'ulcerazione è del tutto riparata. Al 22° R. W. + + + +.

XXI. — D. D. V. *Osteoperiostite epifisi inferiore omero destro, nevralgia sciatica.* La lesione omerale data da più anni; cure in passato sempre insufficienti. 1° giorno di cura due compr. di Tréparsol; 2° giorno, 3 compr.; 3° e 4° giorno, 4 compr. Dal 5° al 20° giorno la cura viene proseguita come nei casi precedenti. 7° giorno R. W. + + + +. Al 9° giorno di cura il dolore sciatico è scomparso; all'11° diminuiti i dolori e la tumefazione all'omero. Alla fine della 4ª settimana di cura dolori omerali dileguati del tutto, tumefazione leggermente diminuita. R. W. + + +—.

Dunque con la somministrazione del Tréparsol per via gastrica si ottiene una rapida scomparsa in genere delle manifestazioni sifilitiche.

Circa il comportamento della R. W. di fronte alla cura non mi sento ancora in grado di poter esprimere un giudizio definitivo dato il breve tempo per il quale potei seguire sotto questo punto di vista i malati trattati (vedi casi II, IV, V, VI, VII, XXI). Ad ogni modo fin da ora posso dire di aver osservato che la R.W., eseguita alla fine circa della seconda settimana dall'inizio del trattamento, assume maggiore intensità. Nei 4 casi (osservazioni V, VII, IX, XXI) che ho potuto seguire per 4 settimane ho osservato che la reazione, dapprima fortemente positiva, in 3 di essi alla fine della 4ª settimana subì una notevole attenuazione (+ + — —) e in uno divenne affatto negativa (osservazione IX).

Tutti i malati trattati si beneficiarono clinicamente dalla cura che giovò loro, io dico, sicuramente non meno di quanto avrebbero ottenuto dalla cura endovenosa con gli arsenobenzoli. Tutti indistintamente hanno ben tollerato il rimedio e, col miglioramento dei sintomi morbosi locali, ebbero notevolissimo vantaggio nello stato generale.

CHIMICA E FARMACOLOGIA DEL RIMEDIO DA ME ADOPERATO.

Caratteri fisico-chimici. — Il Tréparsol, corrispondente chimicamente all'acido Formil-Meta-Amino-Paraossifenilarsenico, si presenta sotto forma di polvere cristallina, incolora, inodora, insapora perfettamente stabile. Viene distribuito in compresse dosate a gr. 0.25.

Tossicità. — Per quanto riguarda la tossicità si stanno compiendo accurati studi alla facoltà di medicina di Parigi e all'Istituto Pasteur ed ancora non è stato pubblicato alcun lavoro, ma, da quanto mi è stato riferito, il Tréparsol sarebbe pochissimo tossico.

Il Tréparsol introdotto per via gastrica è stato da me somministrato sempre la mattina a digiuno, sia ai 21 malati sui quali ho riferito, sia ad altri che presentemente ho in cura. Infermi tutti indistintamente per i quali ho creduto controindicata la via endovenosa. La dose massima è stata di gr. 1 *pro die* ingerita in una sola volta e ripetuta per tre giorni consecutivi alternati con tre giorni di riposo. Posso con ogni sicurezza affermare di non aver mai constatato il benchè minimo disturbo ad eccezione di un caso di cui riferirò in appresso. In un caso qui non riferito perchè ancora in cura, ho somministrato in una sola volta anche 2 grammi di prodotto senza alcun inconveniente. Il dottor Clément Simon dell'Ospedale Saint-Lazare di Parigi ne ha date dosi sensibilmente notevoli a circa 250 malati. Egli afferma di non aver mai avuto alcun serio disturbo. Soltanto una donna, che era una morfinomane, ebbe un eritema tossico orticato, che cessò dopo pochissimi giorni con l'aumentare della diuresi. Ebbe anche qualche caso di leggera diarrea guarita con la sospensione temporanea del rimedio. Vi è stata persona che spontaneamente, a titolo di esperienza, volle prendere 4 grammi di rimedio in una

sola volta; si trattava di un uomo di circa 50 anni; costui ebbe una leggera diarrea. Anche i clinici di Copenaghen e di Barcellona, mi ha gentilmente riferito, il dott. Simon, concludono per l'ottima tolleranza ed efficacia del rimedio.

In ogni modo, io ritengo prudente, prima di dar la dose terapeutica di 3 o 4 compresse, dare una compressa di saggio, per vedere quale sia la tolleranza al rimedio. Di più è anche utile, prima di iniziare la cura con le dosi terapeutiche, osservare il comportamento dell'individuo per quanto riguarda l'eliminazione dell'arsenico. Ciò è cosa facile, come vedremo in appresso, e ci dà garanzia di non produrre fenomeni di intossicazione per accumulo del farmaco.

Eliminazione. — Prima di riferire sulle ricerche da me compiute al riguardo sul Tréparsol voglio accennare come non del tutto concordi si mostrino i risultati dei vari Autori circa l'eliminazione attraverso le orine dell'arsenobenzolo somministrato per via endovenosa. Mentre infatti da alcuni venne riferito un inizio rapidissimo e una durata altrettanto breve di essa, altri invece diedero tempi relativamente molto più lunghi. Tuttavia la maggioranza degli Autori (così Fischer e Hoppe, Karl, Greven, Abelin e Ullmann) sembra quasi unanime nel riferire che, in seguito a un'iniezione endovenosa di arsenobenzolo di gr. 0.30, 0.40, l'eliminazione dell'arsenico abbia inizio già un quarto o mezz'ora dopo, raggiungendo di regola il suo massimo alla fine del primo o secondo giorno dopo l'iniezione, per aver poi termine generalmente al 2°-5° giorno.

Come per tutti gli arsenobenzoli la eliminazione massima del Tréparsol si effettua attraverso i reni. Nell'Ospedale di S. Gallicano, con l'aiuto del dott. Prassede, direttore della farmacia dell'Ospedale e del chimico dott. Salucci, ho studiato il tempo e la quantità di eliminazione nelle orine.

Le ricerche nelle urine sono state eseguite con duplice metodo. Il dott. Prassede si servì del procedimento Marino Zuco e dell'apparecchio di Marsh. Il dott. Salucci distrusse la sostanza organica delle orine col procedimento di Fresenius e Babo, quindi, facendo gorgogliare l'idrogeno solforato in soluzione acida, ottenne un precipitato giallognolo di solfuro d'arsenico.

Le analisi furono eseguite nelle urine emesse in vari tempi dopo la ingestione del farmaco ed il risultato conclusivo può essere così riassunto.

1) L'urina dà tenuissima reazione dell'arsenico dopo poche ore.

2) La reazione va sensibilmente diventando più intensa fino od oltre la 24ª ora dalla somministrazione del medicamento, per poi diminuire e scomparire alla fine del 3° o al principio del 4° giorno.

L'analisi chimica della saliva, compiuta dal dott. Salucci con lo stesso metodo usato per le urine, rivelò una tenuissima reazione dell'arsenico (appena sensibile) nelle prime ore dopo la somministrazione del farmaco.

Confrontando ora i due diagrammi di eliminazione dell'arsenico per le urine, e cioè il diagramma di eliminazione del Tréparsol somministrato per via orale con quello dell'arsenobenzolo dato per via endovenosa si deve dedurre:

1° che la eliminazione del Tréparsol si inizia più tardi di quella del Neosalvarsan per via endovenosa, la quale appare intensissima fin dai primi momenti;

2° la eliminazione dell'arsenico dopo la iniezione endovenosa è più intensa dalla 12ª alla 24ª ora, laddove l'eliminazione del Tréparsol raggiunge il suo massimo alla 24ª ora, o poco oltre;

3° tanto nelle iniezioni endovenose quanto nella somministrazione per via gastrica del Tréparsol l'eliminazione ha termine alla fine del 3° o al principio del 4° giorno.

Nel determinare l'azione fisiologica e terapeutica di una determinata sostanza sull'organismo umano, mentre ci può essere facile stabilire il modo ed il tempo di eliminazione, spesso non è cosa agevole stabilire il modo ed il tempo dell'assorbimento. Possiamo in via di massima dire che la sostanza, appena assorbita dal sangue, circolando nei reni cominci subito a passare nelle urine, ma non abbiamo dati per stabilire quanta sostanza in una determinata unità di tempo sia stata dal sangue assorbita e in esso ritenuta per una maggiore o minore rapida eliminazione.

Per quanto riguarda l'assorbimento dei derivati dell'arsenico pentavalente per via gastrica, se ci dovessimo unicamente attenere alle deduzioni desumibili dal loro modo di eliminazione; dovremmo dire che l'assorbimento si inizia subito e si completa in poche ore (in cifra oltremodo approssimativa, circa in 10-20 ore) perchè il massimo di eliminazione avviene alla 24ª ora dalla ingestione.

Questi dati, che non esito a definire in parte ipotetici, possono però esser contraddetti da un fenomeno che mi è occorso di osservare in un individuo da me curato. Credo utile riferire dettagliatamente questo caso. Si trattava di un uomo di circa 40 anni, luetico da 6 anni, curato intensamente con mercurio ed arsenobenzolo

per via endovenosa e che nell'ultimo periodo di cura (5 mesi fa) improvvisamente si era dimostrato intollerante al neosalvarsan per via endovenosa dopo averne ben tollerate più serie. Aveva avuto alla terza iniezione (0.45) una crisi nitritoide piuttosto grave. Tornato a consultarmi il mese scorso, non aveva alcuna manifestazione clinica in atto. Volli allora tentare la cura del Tréparsol, ma, ricordandomi della sua intolleranza al neosalvarsan, procedetti con la più scrupolosa cautela. Prescrissi una sola compressa (gr. 0.25) di Tréparsol come al solito la mattina a digiuno, e raccomandai al paziente di restare in letto e di tenermi informato se fossero eventualmente sopraggiunti disturbi.

L'individuo, eseguita accuratamente la mia prescrizione, tornò da me e mi disse che tre ore precise dopo l'ingestione del rimedio, aveva avuto tutti gli identici fenomeni manifestatisi dopo l'ultima iniezione endovenosa, ma i fenomeni stessi erano stati dieci volte meno intensi e, come la prima volta, si erano dileguati in pochi minuti.

Ciò è molto istruttivo e, io credo, non potendo dubitare dell'esattezza del racconto del malato, poichè si trattava di persona molto colta ed intelligente e di carattere non impressionabile, che si possa fondatamente ammettere che almeno in quel caso il Tréparsol si assorbì completamente in tre ore e, se l'eliminazione come negli altri casi fu più intensa non dopo 12 ore, ma dopo 24, ciò dipese dal fatto che fu più a lungo ritenuto dall'organismo, o fissato temporaneamente dai tessuti.

Non può il comportamento di un solo caso condurci a conclusioni: oggi, prima di concludere, occorre ancora lungamente osservare, ma ho ciò riferito per richiamare su questo punto l'attenzione di quanti vorranno occuparsi di questo argomento. Tuttavia esprimo la mia fondata idea che il farmaco si assorba rapidamente (sempre però meno rapidamente che nelle endovenose) e che, ritenuto per qualche ora dall'organismo, dia la sua massima eliminazione circa dopo 24 ore.

A questa *permanenza* del rimedio nell'organismo per molte ore potrebbe essere attribuita l'efficacia curativa. Quindi, senza aver la pretesa di poter in un modo certo e definitivo dare una interpretazione al modo di eliminazione del Tréparsol, io credo che si possa forse essere autorizzati ad ammettere che la buona azione terapeutica dei derivati dell'arsenico pentavalente somministrati per via gastrica, sia molto probabilmente dovuta, oltre che al rapido e massivo assorbimento, alla loro più lunga ritenzione da parte dell'organismo.

Potrebbe giustamente obbiettarsi che se l'assorbimento fosse davvero notevolmente rapido dovrebbe anche questo mezzo di cura per via gastrica avere gli stessi pericolosi (benchè fortunatamente rari) inconvenienti del 914. La risposta più ovvia potrebbe essere che ancora noi coscienziosamente non possiamo affermare essere questo mezzo di cura innocuo in modo assoluto; cioè tale da non dar luogo anch'esso a crisi nitritoidi ed a fenomeni gravi di intolleranza a carico del sistema nervoso, dei reni, del fegato, ecc. Io dico, l'esperienza che fino ad ora se ne è fatta non è tale da autorizzarci a dire che con sicurezza non possano verificarsi di cotesti gravi incidenti, benchè il caso da me narrato, può provare che somministrando all'inizio dosi piccole non si hanno, nei casi d'intolleranza, inconvenienti gravi come nelle endovenose. Tuttavia « a priori » possiamo affermare che è diverso sicuramente il meccanismo di assorbimento « per os » del prodotto arsenicale; e che, mentre per via endovenosa questo, allo stato direi quasi bruto (tale quale uscì dall'officina) arriva al fegato attraverso l'arteria epatica; introdotto per via gastrica, esso è assorbito dai capillari venosi, raccolto nella vena porta e da questa condotto al fegato. Quale la differenza di azione per questo diverso modo di assorbimento? non lo sappiamo, siamo in pieno empirismo, ma nessuno può essere autorizzato a dire che durante il diverso tragitto, non avvengano mutamenti chimici e biochimici che modifichino l'azione del farmaco. Del resto il meccanismo di azione per il quale gli arsenobenzoli possono produrre azione nociva grave anche se iniettati per via endomuscolare, non è ancora esaurientemente studiato e dimostrato.

Non v'è dubbio che molte volte gli accidenti gravi da 914 sono da attribuirsi alle alterazioni che il prodotto subì sia per azione dell'ossigeno dell'aria, sia per le gravi difficoltà che si riscontrano nel processo di preparazione.

È un indice di ciò la non definita costituzione chimica e la non precisa composizione dei prodotti arsenobenzolici attualmente in uso i quali, se si avvicinano a formule teoricamente fisse, in effetto però non corrispondono mai quantitativamente ad esse, come lo dimostrano la mancanza di forma cristallina, la incostanza dei dati fisico-chimici, e le appropriate indagini sulla composizione delle diverse preparazioni dello stesso prodotto.

È noto infatti come Ehrlich stesso, malgrado la speciale conoscenza e la larghissima pratica dei metodi di sintesi studiati, la perfezione e costanza di mezzi impiegati nelle preparazioni, avesse adottato il sistema di dividere le

preparazioni a seconda dei risultati dei controlli biologici in tre serie distinte, delle quali la prima, cioè quella risultante perfetta, veniva direttamente adibita a scopo terapeutico, la seconda, buona ma non perfetta, veniva sottoposta ad ulteriore lavorazione e preparazione, la terza, difettosa, veniva senz'altro scartata. Questa selezione di per se stessa è probativa in merito alla difficoltà, ed alle oscillazioni che accompagnano le preparazioni degli arsenobenzoli. Al contrario i composti pentavalenti dell'arsenico sarebbero prodotti non suscettibili di alterazioni ed a composizione costante. Questi prodotti oggi tornano, dopo lunghi anni di oblio, entità rispettabili, nell'agone scientifico. Fino ad ora furono studiati due derivati dell'acido metaminoossiparafenilarsenico, il derivato *acetilico* ed il derivato *formico*. Il primo fu studiato, come dissi, da Levaditi, Navarro-Martin, ecc.: il secondo da Clément Simon, ecc.

Io, seguendo lo sviluppo di questi studi, sperimentai il secondo.

Ed ora, concludendo, mi esprimerò con termini chiari e quanto mai espliciti:

1°. Giova il Tréparsol preso per via gastrica per le manifestazioni sifilitiche sia al periodo iniziale, sia al secondario, che terziario? indubbiamente giova; indubbiamente le manifestazioni della sifilide colla cura del Tréparsol per via gastrica, rapidamente scompaiono.

2°. L'azione benefica del farmaco è duratura? per rispondere con sicurezza a questa domanda occorre seguire più a lungo i malati, ma si può fin d'ora affermare che, se realmente la R. W. scompare con la cura protratta, l'azione del farmaco dovrebbe ammettersi profonda e durevolmente efficace.

3°. Ha il rimedio azione preventiva, preservativa per il contagio? Rispondo che non lo so. Non ho osservato personalmente alcun caso ma, se si deve ammettere che il Tréparsol per via gastrica abbia per il suo assorbimento massivo e rapido un'azione analoga al neosalvarsan per via endovenosa, io dico si può ben sperare su di esso anche per un'azione preservatrice dal contaggio. Ma bisogna vedere. Che mole immensa di lavoro! Bisogna vedere e bisogna studiare; *Studere necesse est.* E noi studieremo.

Ed ora sentirei di mancare ad un dovere se non rivolgessi pubbliche grazie al mio venerato Maestro, al prof. Ciarrocchi, direttore dell'Ospedale, che volle con grande interessamento seguire questi studi e controllarne i risultati. Pubbliche grazie rendo al mio valoroso aiuto prof. Edmondo Persichetti che mi coadiuvò con encomiabile zelo: parimenti pubbliche grazie rivolgo ai miei bravi assistenti dott. Benedettelli, Tonelli, Granelli e Agostini.

Io tengo a dichiarare che molto più difficile, per tante piccole e grandi difficoltà di varia indole, sarebbe stato per me eseguire queste sommarie ricerche cliniche senza il loro concorso.

Signori ho finito; non pretendo di aver condotto a termine un lavoro che definisca in modo completo questo vasto ed importante argomento. Il merito, lo ho detto, è della Scuola francese che prese l'iniziativa di studiare dal lato chimico e riabilitare i derivati dell'arsenico pentavalente e di applicarli alla clinica. Io ho eseguito dopo di loro delle sommarie ricerche per determinarne l'azione fisiologica e terapeutica nella sifilide; nulla pretendo di aver risoluto, soltanto un orientamento credo di poter fornire anche in base agli studi che eseguì Clément Simon a Saint-Lazare a Parigi, e l'orientamento è favorevole; per cui è bene ulteriormente e con maggiore dettaglio seguitare. Ecco lo scopo per il quale alla fredda pubblicazione in un giornale medico, preferii una pubblica conferenza, che mi desse modo di mostrare i miei malati; mi sono proposto di infervorare i miei colleghi a studiare questo argomento; sono sicuro di esservi riuscito. Io non posso nè voglio essere solo. È bene che altri ripetano le esperienze da me fatte, le controllino, le discutano, perchè soltanto dalla discussione e dal controllo può scaturire una sana e logica conclusione, che sarà feconda di bene per chi soffre, per la società, e, mi si permetta l'egoismo, anzitutto per il nostro Paese.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

MANICOMIO DI S. MARIA DELLA SCALETTA (OSSERVANZA) - IMOLA
diretto dal dott. LUDOVICO FIGNA.

Possibilità di permanenza di un corpo estraneo nella cavità orbitaria senza conseguenze

per il dott. GAETANO CHIOLA, medico interino.

La statistica dei corpi estranei penetrati in un modo qualunque nel corpo umano è ormai più che numerosa, ma il caso che riferisco si presenta interessante, se non per l'eziologia, per la rarità della situazione del corpo estraneo, e per la sua lunga permanenza in sito, senza che alcuna conseguenza grave sia derivata all'infuori della piccola cicatrice esterna rimasta.

L'ammalato, venuto a diverbio con un compagno, riceve da questi un colpo rapido e talmente forte con una canna di legno da pipa, che usualmente adoperano i nostri contadini, che forando la palpebra superiore sinistra nella cavità profonda prodotta ne rimane un pezzo, che viene estratto, in primo tempo, dal personale di assistenza.

Chiamato il medico, questi osserva una ferita circolare nella palpebra superiore sinistra ad un dito transverso dalla caruncola lacrimale penetrante in cavità; tumefazione della palpebra con arrossamento della mucosa congiuntivale.

Lieve ptosi della palpebra infiltrata.

Il bulbo oculare è integro: la pupilla reagisce agli stimoli (luce, accomodazione, convergenza e riflesso consensuale).

Dalla ricostruzione della scena si desume che il colpo è stato dato dal basso in alto.

Al 2° e 3° giorno si verifica un lieve rialzo termico. Dopo una settimana, diminuita la flogosi, dalla ferita fuoriesce in minima quantità un po' di siero sanguinolento. Durante questo tempo non si osservano fenomeni cerebrali e visivi, come diminuzione del campo visivo ed alterazioni della retina e della papilla ottica derivanti da neuroretinite o papillite, perchè possa pensarsi alla teca ossea lesa.

Siccome le ferite dell'apparato visivo riguardano o il globo oculare o il nervo ottico o l'apparato di locomozione, nel caso esposto bisogna escludere che il colpo abbia leso e il primo e il secondo; non ancora, data la tumefazione persistente, è possibile stabilire se vi sia lesione in qualche muscolo dell'apparato di locomozione.

Successivamente, l'occhio va sempre più migliorando fino ad aversi, nella seconda settimana, l'inizio della cicatrizzazione con appena una leggera secrezione sierosa. Purtroppo il paziente, che è un epilettico, in questo tempo attraversa un periodo confusionale abbastanza lungo durante il quale riesce spesso a levarsi le bende ed a toccarsi l'occhio. Dalla ferita completamente riaperta incomincia la fuoriuscita di pus. L'infezione, senza diventare imponente, continua per la durata di 2 mesi.

Non riuscendo a spiegarmi la persistenza dell'infezione ed a convincermi che essa possa essere ancora involontariamente mantenuta dal malato, riesamino accuratamente la lesione e sento specillando un che di duro che alla palpazione esterna non si avvertiva. Divarico la ferita e con una pinza afferro il corpo che con lieve trazione estraggo e in esso riconosco un pezzo del suaccenato legno di pipa della lunghezza di cm. 5 1/2 e della circonferenza di circa cm. 2 1/2.

Quanto ho esposto non deve far meraviglia perchè, se si pensa che presso i minorati di mente, di solito, il medico non trova alcun aiuto nelle indicazioni subbiettive del malato, dai minimi fenomeni locali neanche lontanamente si poteva immaginare la presenza del corpo estraneo.

L'ammalato guarisce con restitutio ad integrum dopo quattro giorni.

Se ne arguisce che anche i muscoli dell'apparato di locomozione non sono stati lesi.

Come ciò sia stato possibile, si spiega dal fatto che il colpo è stato dato dal basso all'alto, e che avendo resistito l'osso della cavità orbitaria, la canna, scivolando su di esso, è penetrata nell'orificio supero interno compreso tra il tendine del grande obliquo e la sua espansione interna, che è traversata dalla vena oftalmico, dai vasi e dai nervi: frontale interno e nasale esterno; orificio che è chiuso da un ammasso adiposo (Charpy).

Inoltre pensando alla violenza dell'urto come alla permanenza a lungo in sito del corpo estraneo, fa meraviglia che nessuna modificazione sia avvenuta nell'interno del globo come emorragie nel vitreo, nella papilla con le relative conseguenze; essendo noto che nella maggioranza dei casi le ferite del capo e del viso ledono l'occhio per lo più indirettamente, e che le lesioni quando non vi sieno frammenti ossei che feriscono i globi oculari, vengono prodotti dallo scuotimento derivante dalla violenza del colpo e per l'attrito dal corpo estraneo.

Mi spiego infine la poca entità dell'infezione come l'espressione evidente della difesa meravigliosa che viene operata dalla natura perchè la lieve imbibizione di nicotina, che la canna presentava, certamente non è stata sufficiente nè a distruggere l'infezione, nè a limitarle, anche per il fatto che eliminato il corpo estraneo in pochi giorni si è avuta la guarigione.

LETTERATURA.

BOVERI. Seduta giugno 1919 della Società Lombarda delle Scienze Mediche e Biologiche di Milano.

OSPEDALE CIVILE S. MARIA DEI BATTUTI
S. VITO AL TAGLIAMENTO.

Alcuni casi di corpi estranei nel condotto uditivo esterno.

Dott. cav. PIERO MASOTTI, chirurgo primario, direttore.

I corpi estranei introdotti accidentalmente nell'orecchio possono essere variabili per natura, forma, dimensioni e si possono dividere in corpi viventi od inanimati. Quest'ultimi si notano sopratutto nei fanciulli, che si fanno un giuoco d'introdurre nell'orecchio sassolini, perle, semi di vegetali, ecc. La lista sarebbe troppo lunga se si dovesse enumerare tutti i corpi estranei che si sono potuti osservare, siano essi molli e senza consistenza, oppure duri, o suscettibili di frangersi, od aumentare di volume per imbibizione; sieno a superficie liscia e levigata od aventi scabrezze, punte atte a conficcarsi nelle pareti del dotto, lacerare la membrana del timpano e causare con la loro presenza un'irritazione più o meno viva.

Qualche volta i corpi estranei restano nel condotto uditivo un tempo assai lungo senza produrre alcun disturbo, oltre una lieve sordità, accompagnata, o, no, da leggeri ronzii, cosicchè quando il paziente non ricordi più la penetrazione del corpo straniero, si pensa ad attribuire detta sintomatologia ad una affezione spontanea nell'organo.

Spesso, perchè è volgare norma che detti corpi debbano essere assolutamente e prestamente estratti, essi sono cagione, per inconsulte manualità di donne o di persone inadatte ed ignoranti, di grave sintomatologia che mette a ben dura prova la pazienza e la coltura dello specializzato (Wilde-Bover).

Queste improprie manovre fatte quasi alla cieca, fra le grida e le smanie della piccola vittima e qualche volta fra l'orgasmo del medico che vuole ad ogni costo riuscire nella estrazione per salvaguardare la sua fama, debbono essere assolutamente abbandonate ed il precetto del non intervento se non si hanno mezzi di osservazione e di cura adatti, deve emergere sopra ogni cosa.

Sia dunque di regola dapprima la ispezione del condotto uditivo e l'accertamento della presenza del corpo straniero nell'orecchio indicato; di poi con iniezioni forzate di acqua bollita si cerchi di farlo venire all'esterno e se questo mezzo non riuscisse, sia pure dopo averlo ripetutamente usato, si passi all'estrazione diretta con opportuno armamentario e sempre con l'uso dell'otoscopio bene maneggiato, e con buona illuminazione.

Imperocchè in parecchi casi l'intervento chirurgico male eseguito venne riconosciuto più dannoso al paziente che non la presenza del corpo straniero!

Ecco alcuni casi che vennero alla mia cura.

La bambina Stef. Angelina, di anni 5, di Morsano, venne condotta nell'Ambulatorio dell'Ospedale il 20 maggio 1923 perchè poche ore prima, giocando con delle perline di vetro, se ne era messe alcune fra i capelli ed altre nelle orecchie ed in bocca. La madre attratta dal pianto della figliuola seppe toglierle qualche perlina dalle orecchie; ma non essendo persuasa aver liberata la sua piccola dall'inconveniente occorsole, preferì venire direttamente da noi. Esaminate entrambe le orecchie nulla fu trovato a sinistra; ma invece a destra fu visto un piccolo accumulo delle perline in questione. Riuscite non completamente per esito le irrigazioni forzate come di regola, costatando in fondo al dotto altri corpi estranei, addormentata la piccola con cloruro di etile, con una piccola spatola riuscii ad estrarre altre tre perline che erano rimaste ribelli all'estrazione con le irrigazioni.

Falcom. Anselmo, di anni 5, di S. Vito, il 30 maggio 1923 entrò in Ospedale per una secrezione fetida dell'orecchio sinistro che datava da qualche mese, persistente per quante cure abbia fatto. All'esame otoscopico non mi fu possibile vedere la membrana timpanica perchè ricoperta da qualche cosa di scuro a superficie convessa. Irrigato convenientemente pulito il condotto, che nella sua parte inferiore appariva tumefatto ed escoriato, con uno specillo percepii la presenza di un corpo piuttosto duro e liscio. Addormentato col solito mezzo il piccolo irrequieto, con un uncino smusso fatto scivolare a piatto oltre l'ostacolo ed uncinatolo, estrassi facilmente un seme di carrubba che il bimbo forse da tempo si era immesso per giuoco entro l'orecchio stesso e che non avevano mai pensato di far esaminare da uno dell'arte!

Cio. Maria, di anni 15, da S. Vito, il 16 giugno 1923 venne all'Ambulatorio dell'Ospedale dicendo che da qualche giorno aveva un dolore dentro l'orecchio destro e che una sua compagna l'aveva consigliata venire a farsi vedere, perchè le sembrava che avesse una sporgenza rossastra, come carne cresciuta entro l'orecchio. All'esame otoscopico del condotto destro notai la presenza di un corpo rotondeggiante giallastro: con lo specillo lo trovai di consistenza dura e liscio. Col piccolo uncino smusso penetrato fra la parete del condotto ed il corpo estraneo riuscii ad estrarre senza difficoltà un grosso chicco di granoturco, che la paziente non seppe dirmi come e quando le fosse penetrato entro l'orecchio.

Chiar. Giovanni, di anni 18, di Savorgnano si presente in Ambulatorio dell'Ospedale il 4 luglio 1923, affermando che da circa un mese era diventato sordo all'orecchio sinistro senza causa apprezzabile. All'esame otoscopico notai un ammasso di alcunchè di nerastro verso la metà del condotto, che nulla aveva d'aspetto del solito cerume. Praticate le solite abbondanti irrigazioni nulla ottenni ed allora con lo specillo giunsi all'accumulo su detto e constatai la presenza di un corpo estraneo duro

ed immobile. Sempre sotto una buona illuminazione, con un piccolo uncino smusso piegato ad angolo retto, fatto scivolare dolcemente a piatto oltre l'ostacolo e ricondottane la punta verso il centro del condotto, sollevando fortemente il manico per ben circondare ed uncinare il corpo estraneo, tirai lentamente, senza scosse brusche e riuscii ad asportare un chicco di granoturco che il paziente non aveva assolutamente avvertito di avere, nè ricordare quando fossesi introdotto nell'orecchio.

Por. Marina, di anni 5, di Rivis Tagl., venne portata nel mio Ambulatorio dell'Ospedale nel 10 agosto 1923, perchè dal giorno prima giuocando si era immessa nell'orecchio destro un fagiuolo e perchè ogni tentativo fatto dai famigliari prima e dal Medico dopo, era riuscito negativo. Immobilizzata la testa della bambina piuttosto solidamente, sotto la guida di abbondante illuminazione, con l'otoscopio potei vedere cacciato in fondo del dotto uditivo il corpo estraneo su detto. Riuscite inutili le solite irrigazioni per la irrequietezza della piccola paziente ed impossibile passare alla estrazione del fagiuolo dal dotto pensai di ricorrere alla narcosi generale col Cloruro di etile ed appena la piccola fu tranquilla, con il solito piccolo uncino penetrai fra la parete del condotto e l'ostacolo ed avevo già sollevato, spostato il corpo estraneo, quando un movimento incosciente della bambina semisveglia mi obbligò a lasciare la presa, per non arrecare danni. Ricorrendo di nuovo alle irrigazioni forzate, raggiunsi l'intento, avendo così ridotto al minimo l'atto strumentale nell'orecchio.

Colus. Angelo, di anni 8, di Valvasone, venne all'Ambulatorio dell'Ospedale il 30 agosto 1923 perchè per caso giuocando con dei bottoni da scarpe, se ne era messo uno, il giorno prima, entro l'orecchio sinistro. Dopo inutili tentativi fatti dalla madre, da congiunti ed infine da un Sanitario, veniva a chiedere i soccorsi dell'arte nella tema gli accadesse alcunchè di serio. All'esame otoscopico vidi subito qualche cosa di nero verso la metà del condotto uditivo che appariva tumefatto ed in alcuni tratti escoriato. Ad un esame più attento potei osservare che il corpo su detto aveva effettivamente verso il basso del condotto una piccola sporgenza ovalare pure nera; ma ricoperta da una certa secrezione giallastra. Pulito convenientemente il condotto, con un uncino smusso cercai di agganciare l'occhiello del bottone da scarpa che vedevo essere in sito e con dolce manovra riuscii ad asportare il corpo estraneo immesso incautamente nel dotto dal ragazzetto senza, per fortuna, causare alcun serio disturbo.

Dus. Adele, di anni 3, di Ovoledo, venne condotta all'Ambulatorio dell'Ospedale il 18 settembre 1923 perchè giuocando con una sua coetanea, questa le aveva immesso nell'orecchio destro un fagiuolo che i suoi congiunti invano avevano tentato estrarre. La bambina fortemente si lagnava forse più per la paura di farsi visitare, che per le sofferenze date dal corpo estraneo. Immobilizzatala, come di regola, visitatala, constatai la presenza di un corpo nerastro in vicinanza del meato del condotto destro. Praticate indarno delle prolungate irrigazioni, alla fine con il solito piccolo uncino riuscii ad uncinare ed estrarre un grosso fagiuolo nero ed a rimandare al proprio domicilio la piccola paziente tuttora piangente per la forzata immobilizzazione, più che per il piccolo trauma operativo.

Candid. Elisa, di anni 10, di S. Paolo a Tagl., entrò in Ospedale il 12 ottobre 1923 per un certo senso di vertigini ed una secrezione auricolare che durava da oltre cinque mesi, ribelle a molteplici cure prodigatele. Affermava che a mala pena ricordava un giorno essersi messa nell'orecchio destro un seme di carrubba ma che di poi non avendo disturbi credeva le fosse uscito spontaneamente. All'esame del condotto, dopo averlo bene pulito, notai la membrana timpanica ricoperta da abbondante pus ed in basso proprio a ridosso della membrana stessa, un corpo rotondeggiante liscio nerastro ricoperto in qualche sua parte di secrezione purulenta. Addormentata la paziente, tentai a più riprese e con ogni mezzo di asportare il corpo estraneo bene diagnosticato, ma non mi fu possibile riuscirvi; allora invece di continuare per la via del condotto ricerche cieche e pericolose, ricorsi allo scollamento del padiglione. Preparata la parte con il metodo di scuola, irrigato nuovamente l'orecchio, tirato bene in avanti il padiglione auricolare praticai una incisione di circa tre centimetri nella piega retroauricolare e spostata la pelle, incisa la parte membranosa del condotto, scollatala sul condotto osseo il più lontano possibile, indietro ed in basso, sezionatala verticalmente, introdotto un divaricatore nella breccia, avendo lussato e piegato tutto l'orecchio in avanti, scoperto il corpo estraneo, con una spatola lo estrassi all'esterno. Praticata la pulizia del piccolo campo operatorio, immessa una sottile striscia di garza a zaffo nella parte più declive, ricondotta all'esterno per il condotto abbassato, ricollocato a posto il padiglione lo suturai con punti staccati. Il decorso post-operatorio fu ottimo; in 2ª giornata tolsi il piccolo zaffo; in 5ª giornata i punti di sutura e in 7° giorno la ragazzetta venne rinviata al proprio domicilio, residuandole una piccolissima cicatrice!

Da quanto esposto appare chiaramente che la presenza di un corpo estraneo non può riconoscersi se non con l'esame dell'orecchio e devesi eziandio concludere, che questo esame è sempre di regola in gran numero di casi in cui esistono disturbi senza che vi si possa supporre l'introduzione di un corpo estraneo, ed in quei casi, nei quali si afferma anche la esistenza del corpo straniero, che poi non esiste affatto, o che uscì spontaneamente.

È opportuno quindi richiamare l'attenzione dei medici sulla prudenza con la quale essi devono eseguire i tentativi d'estrazione di detti corpi stranieri e torna increscevole il dire, come in qualche caso l'intervento chirurgico sia stato più dannoso all'ammalato che la presenza stessa del corpo estraneo e ciò per i tentativi d'estrazione che si fanno in genere, senza prendere la precauzione; prima di assicurarsi della presenza di esso corpo e di poi,

di ricorrere all'uso di strumenti grossolani, come pinzette o cucchiai, che si introducano alla cieca e che non hanno ordinariamente altro risultato che di fare infossare vieppiù il corpo che si vuole estrarre e di spingerlo nella cassa, dopo lacerata la membrana del timpano, producendo fenomeni e sintomi tali da esser costretti in un secondo tempo ad un intervento, che per quanto sia felice risorsa, in qualche caso non avrebbe indicazione di sorta, se si fosse più guardinghi nel prestare i primi e più elementari soccorsi!

San Vito al Tagliamento, novembre 1923.

TECNICA.

CASA DI CURA UROLOGICA PRIVATA

Contributo alla tecnica della fenolsulfoneftaleina.

Dott. CARLO COLUCCI,
medico-chirurgo degli Osped. Riuniti di Roma.

Nell'eseguire numerose prove con la f. s. f. (1) mi sono reso conto dell'importanza di alcune piccole particolarità la di cui inosservanza mi ha tratto spesso in errori, a volta considerevoli. Ecco perchè credo opportuno pubblicare questo breve contributo; alcune delle osservazioni in essa contenute sono state già accennate dal prof. Pirondini nella sua relazione al Congresso Nazionale di Urologia, tenutosi in Roma nell'ottobre 1923.

Ed ecco vari problemi di dettaglio tecnico.

1) *Praticare la iniezione endovenosa o la intramuscolare?*

Se si è sicuri della tecnica, del resto molto elementare, la iniezione intravenosa è certo preferibile, ma essa deve essere praticata molto bene. Non si deve notare il menomo rigonfiamento della vena, non vi deve essere affatto spandimento di f. s. f. sotto la cute, si deve essere perfettamente sicuri della pervietà della vena. In un caso in cui, per iniezioni endovenose precedenti di sublimato, la vena era in parte obliterata e la iniezione dovette in parte capitare nel tessuto connettivo obliterante, ebbi un errore del 20 %, circa, come potetti poi controllare con un'altra prova eseguita praticando la iniezione in un tronco venoso perfettamente pervio.

Se si dubita di poter seguire con perfezione la via endovenosa è meglio praticare la iniezione intramuscolare. Anche qui bisogna evitare una causa di errore, qual'è quella di praticare la iniezione nel sottocutaneo; quindi l'iniezione va fatta nelle masse sacrolombari e con ago lungo, specie nei grassi.

Nel ritirare l'ago bisogna fare attenzione che non fuoriesca f. s. f. dal tramite. Ad impedire questo basterà lasciare l'ago in posto per qualche secondo e poi, nell'estrarlo, imprimere ad esso un movimento di rotazione su sè stesso, praticando subito dopo un piccolo massaggio della cute.

Conviene usare una siringa da 1 cmc., esattamente suddivisa, ben calibrata; possibilmente una siringa sottile e lunga, così si rende meno sensibile ogni errore di misura della f. s. f. Ottime le Record; specie quelle per tubercolina. La siringa prima della iniezione deve essere perfettamente asciutta, oppure per liberarla dall'acqua in cui è stata bollita o dall'alcool in cui è stata immersa, bisogna lavarla con una fiala di f. s. f.

2) *Come preparare la soluzione campione?*

Si deve essere sicuri di usare la stessa quantità di f. s. f. iniettata (1 cmc. = 6 mgr.) e quindi usare per misurarla la identica siringa usata per la iniezione.

Noi ci siamo sempre serviti della f. s. f. di Bruneau; se si avessero due qualità di f. s. f. non commettere l'errore di usarne una per l'iniezione *in vivo* e l'altra per la preparazione della soluzione campione, poichè le f. s. f. variano moltissimo dall'una all'altra casa di fabbricazione (v. anche Negro et Colombet, Technique de la f. s. f. J. d'Urologie, novem. 1923).

Non preparare mai una frazione di litro di soluzione campione e ciò per usare la identica quantità di f. s. f. che si è iniettata e non solo una frazione; la siringa potrebbe non essere suddivisa esattamente e si andrebbe allora incontro ad errori grossolani. Oltre a ciò è logico che qualsiasi piccolo errore che si possa commettere viene ad essere reso meno evidente e grave preparando un litro di soluzione campione che non preparandone una piccola frazione. Si espelle la ftaleina dalla siringa, spingendo una sola volta lo stantuffo, come se si praticasse la iniezione, e non riportando indietro lo stantuffo e spingendo di nuovo per tre o quattro volte e tanto meno lavando poi la siringa con il liquido campione che si va preparando; facendo in questo modo si utilizzerebbe una quantità di f. s. f. superiore a quella che si è iniettata nel vivo. A meno che, come qualcuno fa, non si usi la seguente tecnica per la iniezione (solo possibile con l'iniezione intramuscolare): dopo iniettata la f. s. f. si lascia l'ago in posto sfilando la siringa e si aspira acqua distillata sterile, riempiendone tutta la siringa e poi, applicando questa nuovamente

---

(1) Fenol sulfone ftaleina.

sull'ago, s'inietta nei muscoli anche l'acqua distillata.

Ho eseguito appositamente delle prove, riunendo queste diverse cause di errori, e cioè preparando solo 250 o 500 cmc. di liquido-campione e lavando la siringa, delle cui suddivisioni ero del resto sicuro; ho ottenuto degli errori fino al 15 %, come mi è stato possibile controllare con i campioni delle soluzioni titolate che fornisce la casa Bruneau e con soluzioni preparate da me stesso secondo tecnica rigorosa.

Se le orine su cui si deve fare il dosaggio fossero fortemente pigmentate o molto abbondanti, e ancora più se presentassero l'una e l'altra condizione, cosa che però naturalmente succede di rado, bisogna aggiungere anche una certa quantità di urina normale del paziente nel preparare la soluzione campione. Altrimenti difficilmente si riesce col vetrino giallo a correggere la differenza di colorito. L'abolizione del pigmento urinario con carbone animale e ancora più con acetato di piombo è dannosa, precipitando parte della f. s. f.

3) *Nel preparare le soluzioni può l'acqua distillata essere costituita da acqua non distillata?*

Ho eseguito numerose prove al riguardo, usando l'acqua Marcia di Roma e paragonando tali soluzioni con altre fatte con acqua distillata, le une e le altre con e senza urina, e mi pare che la sostituzione possa essere fatta in caso di bisogno. Solo si ottiene una intensa precipitazione di sali, ciò che rende necessaria l'accurata filtrazione non solo della soluzione con urina (sempre necessaria pure se praticata con acqua distillata), ma anche della soluzione campione.

4) *Quanto tempo durano le soluzioni campioni in acqua distillata.*

Dopo qualche giorno le soluzioni, che si mantengono fortemente alcaline, cominciano a perdere tenute alla luce, sia scoperte che coperte con i comuni mezzi. Come mi son potuto convincere con numerose prove le soluzioni in acqua distillata vanno bene per 2, 3 giorni al massimo; dopo cinque giorni già alcune volte ho notato una perdita del 5 %. Dopo 10 giorni le perdite vanno già dal 10 al 20 %. Mi è parso che le soluzioni non praticate in acqua distillata perdano più rapidamente (fino al 25 % in tre giorni).

Tenute all'oscuro le soluzioni in acqua distillata durano di più; dopo dieci giorni non si nota alcuna diminuzione. Le soluzioni campioni fornite da Bruneau, ben chiuse in fiale, durano un anno e più, purchè tenute all'oscuro (Negro et Colombet V. lavoro citato).

5) *Durata delle soluzioni con urina.*

Se le soluzioni in acqua distillata, cominciano a perdere dopo qualche giorno, quelle contenenti urina, perdono ancora più rapidamente, specie se le urine sono molto purulente.

Ho constatato, dopo numerose esperienze fatte, conservando le soluzioni all'oscuro, alla luce, coperte, aggiungendovi del timolo, che il dosamento non va mai fatto dopo le 12 h., assolutamente poi mai dopo le 24 h. Dopo 12 h. in qualche caso vi era già un errore di circa il 25 % (in un caso dal 22 % di f. s. f. si aveva dopo 12 h. il 16 %); dopo 24 h. sono frequenti i casi in cui si ha un errore del 25 %; dopo 48 ore in qualche caso si va fino al 40 % di errore.

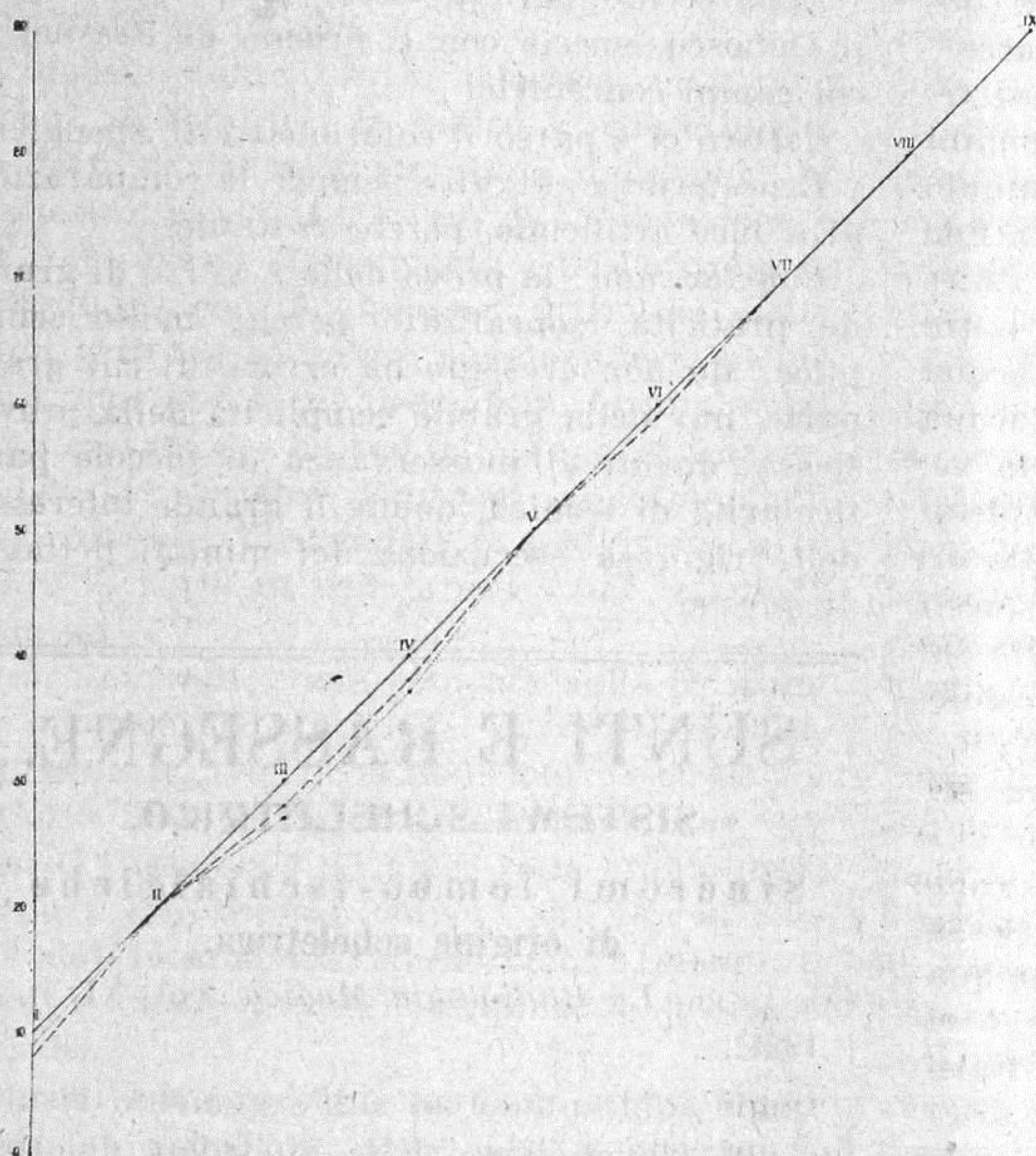
Le soluzioni si mantengono sempre fortemente alcaline.

Per rendermi conto se l'urotropina potesse influire sulla diminuzione dopo qualche tempo dei valori della ftaleina ho eseguito delle prove procedendo in questo modo. Ho raccolto nella sera le urine di un paziente che non aveva mai preso urotropina, conservandole in ghiacciaja, e poi ho subito somministrato due grammi in una volta di urotropina ed ho raccolto le urine della notte e del mattino. Prendendo uguali quantità delle due urine (100 cmc.) e aggiungendovi acqua distillata e liscivia di soda fino a 1000 cmc. ho praticato delle soluzioni di f. s. f., aggiungendovene 6 mmgr. per ciascun campione. Ho eseguito delle comparazioni col colorimetro di Duboscq, prima ogni 6 h. e poi ogni 12 h.: ho constatato che la diminuzione del colore e cioè la perdita di f. s. f. avveniva in modo parallelo nei due campioni.

Nel Congresso Nazionale di Urologia dell'ottobre 1923, in cui alcune di queste constatazioni furono accennate nella relazione del prof. Pirondini, il prof. Tardo di Palermo disse di essersi preoccupato della questione, specie per rendere accessibile la prova ai medici non forniti di mezzi sufficienti e che quindi dovessero inviare i campioni ai laboratori delle città, con probabile intervallo di qualche giorno. A ciò egli proponeva, dopo raccolte le urine, di acidificarle con qualche goccia di acido acetico; così, praticando anche dopo qualche giorno le soluzioni ed il dosaggio, non vi sarebbe errore.

6) Lo stesso prof. Tardo nello stesso Congresso metteva in evidenza come regolarsi in caso che le urine contengano del sangue non emolizzato e la quistione è anche trattata nel lavoro già citato di Negro et Colombet. In questo caso si centrifuga l'urina, prelevandone solo una parte per la preparazione del campione (per es. 1/10). Lo stesso è consigliato se le urine contengano del pus perchè la liscivia,

dissolvendo i corpuscoli di pus, darebbe luogo a formazione di mucillaggine che renderebbe difficile il dosaggio; io credo che, specie in quest'ultimo caso, all'inconveniente si possa ovviare filtrando molto bene le soluzioni prima di dosarle. Abbiamo fatto sempre così in casi con urine molto purulente.



La clinea piena segna il titolo di nove soluzioni di f. s. f. (dal 10 al 90 %) preparate con acqua distillata per una prova di controllo dei colorimetri Bruneau e Wulff.

La linea spezzata segna i valori ottenuti con colorimetro Wulff (dal 70 al 90 % essa si sovrappone alla linea piena).

La linea punteggiata segna i valori ottenuti con colorimetro Bruneau (solo fino al 60 %. Dal 50 al 60 % essa si sovrappone alla linea piena).

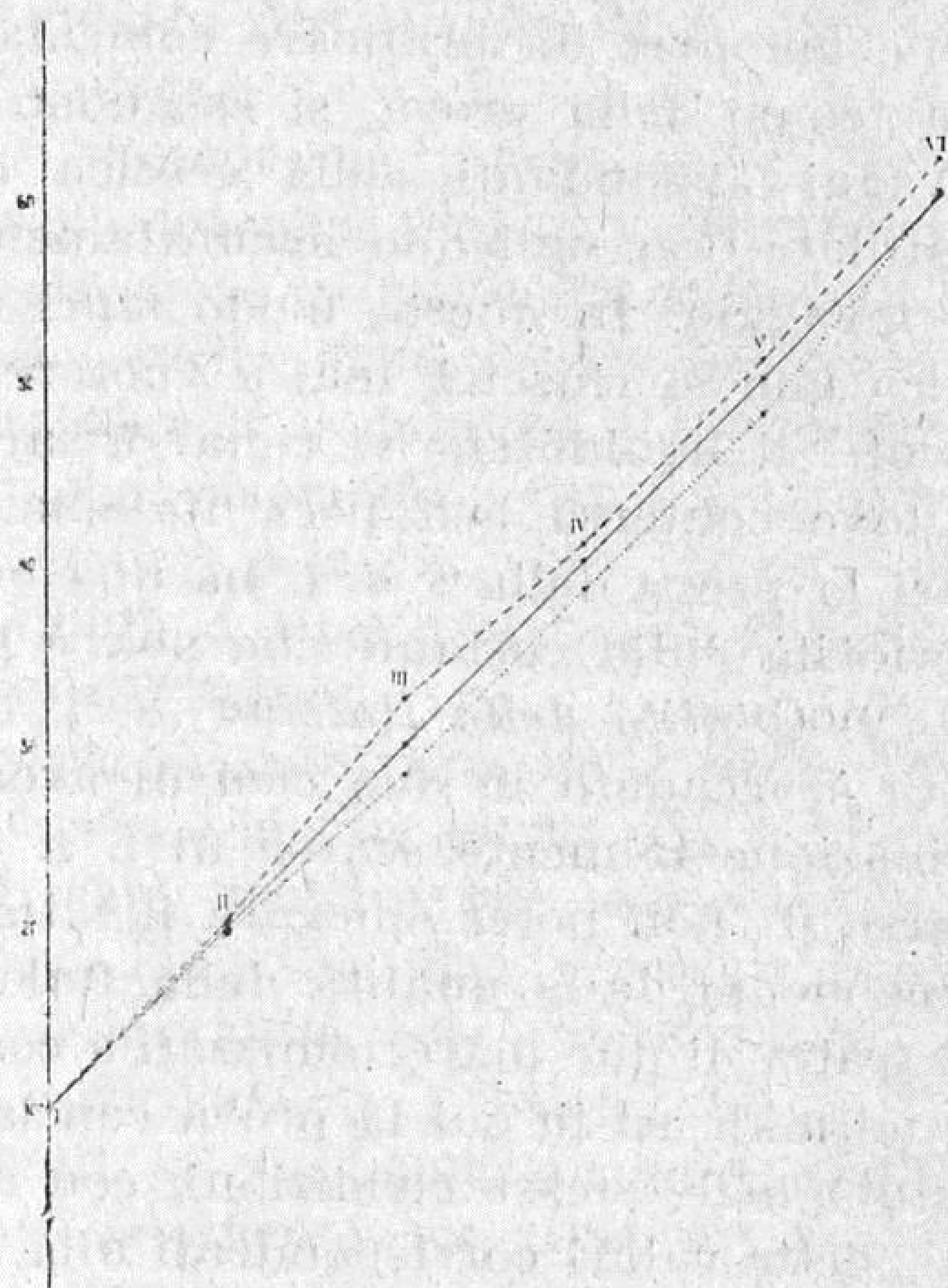
Se le urine contengono del sangue emolizzato la comparazione non è possibile.

La prova della f. s. f. si può eseguire anche nei pazienti che prendono il bleu di metilene; l'aggiunta di liscivia di soda necessaria per mettere in evidenza la f. s. f. trasforma il bleu di metilene in un cromogeno incolore.

7) *Una accortezza* non bisogna assolutamente mai trascurare di avere sotto pena di incorrere in errori gravi ((in un caso il 20 %), ed è quella di agitare molto bene le soluzioni, sia quelle campioni, che quelle da dosare, prima di prelevarne le quantità necessarie al dosaggio. Le soluzioni con urina devono essere sempre filtrate.

8) *Raccolta delle urine.*

Bisogna essere sicuri che il paziente vuoti molto bene la vescica. Nel caso vi sia soltanto il dubbio che esista un residuo (prostatici) bisogna fare il cateterismo almeno alla fine della raccolta o applicare un catetere a permanenza durante la prova: se si può essere indotti a credere che il paziente avverta difficoltà ad urinare prima e dopo la prova, non volendo ricorrere al cateterismo, si potrebbe rinunciare a farlo urinare prima. La maggior quantità di urina può arrecare solo disturbo nel senso che aumenta la quantità di pigmento urinario nella soluzione; a ciò si ripara, come abbiamo detto, col vetro giallo e con l'unire nella soluzione campione una certa quantità di urina normale.



La linea piena segna il titolo di sei soluzioni di f. s. f. (dal 10 al 60 %) preparate con urina normale ed acqua distillata per una prova di controllo dei colorimetri Duboscq e Wulff.

La linea punteggiata segna i valori ottenuti con colorimetro Duboscq.

La linea spezzata quelli ottenuti con il Wulff.

La prova della f. s. f. si può praticare anche nei prostatici fra 1° e 2° tempo, quando vi sia un tubo di Marion o una Pezzer a tenuta perfetta; come anche nei casi di prostatici con grossa sporgenza endovescicale, quando non si può essere sicuri, nemmeno con il cateterismo, di vuotare tutta la vescica, e nei casi di diverticoli vescicali, in cui si ripetono le stesse condizioni. Bisogna però usare i seguenti accorgimenti. Non curarsi della urina che possa residuare nella vescica, vuotata con i comuni mezzi all'inizio della prova. Qualche minuto prima della fine di questa, in modo che la fine delle manovre da praticare coincida col finire del tempo della prova, si eseguono due o tre lavaggi abbondanti della vescica con acqua distillata, raccogliendo accuratamente l'acqua di lavaggio. In questo modo, anche se la vescica non si riuscirà mai a vuotare completamente, il liquido che vi rimarrà sarà stato diluito e conterrà ben poca ftaleina. In questi casi la prova della f. s. f. ha una evidente superiorità sulla costante che non è praticabile.

9) *Qualità della ftaleina.*

Ci è accaduto in due casi di avere una eliminazione talmente scarsa di f. s. f. che ci è parso di non poter spiegare il fatto che come dipendente dalla qualità della ftaleina stessa. Si tratta di due nefrectomizzati a costante quasi normale ed in cui la prova con la f. s. f. ripetuta nelle stesse condizioni, con altra ftaleina, dette valori corrispondenti alla K. È tuttavia una dubbia supposizione che facciamo tanto più che nelle soluzioni *in vitro*, la stessa f. s. f. che aveva dato luogo a questa eliminazione così scarsa indosabile, non ha mai dato errori (paragone con i campioni Bruneau).

Praticamente mi pare si possa essere messi in guardia contro tale causa di errore dal fatto stesso di eliminazioni così scarse, eccezionalmente rare anche nei più gravi stati di insufficienza renale e discordanti con altri dati.

10) *Diversi colorimetri.*

Il piccolo colorimetro del Bruneau è ottimo per gli usi clinici; risparmia la noia di dover preparare la soluzione-campione; i campioni annessi durano a lungo (un anno e più se tenuti all'oscuro); si possono ricambiare con tenue spesa. In moltissime prove ho fatto il paragone dosando con il colorimetro Bruneau e poi con il Wulff ed il Duboscq (v. grafiche annesse). Ha constatato che le cifre ottenute col Bruneau erano sempre molto vicine a quelle ottenute con gli apparecchi colorimetrici più perfetti.

Ottimo è anche il colorimetro di Wulff con ottica di Krûss. Esso obbliga però spesso a dover fare delle diluzioni dei campioni per poter praticare la comparazione tra colori non molto intensi, come è consigliabile. Diluizioni occorre però a volte fare con qualsiasi colorimetro per non paragonare colonne di molta diversa altezza fra di loro, poichè in questo caso avviene un assorbimento di luce da parte della colonna più alta, causa di errori gravi.

Apparecchio perfetto sotto ogni riguardo e il Duboscq, specie con il prisma di Fresnel e coi campi concentrici.

Cattivo ci è parso il colorimetro di Spengler.

È preferibile eseguire sempre le comparazioni a luce artificiale, perchè costante.

Concludendo: la prova della f. s. f. è di grande praticità, soprattutto perchè molto semplice. Ma non è esente da errori, di cui gran parte, pur nella grande semplicità della prova stessa, dovuti all'inosservanza di piccole particolarità di tecnica, donde il grande interesse della rigorosa esecuzione dei minimi dettagli di questa.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA SCHELETRICO.

Sindromi lombo-ischialgiche di origine scheletrica.

(M. LUPO. *La Radiologia Medica*, vol. XI, n. 3, 1924).

Dagli studi numerosi sull'argomento risulta fin qui che a base delle sindromi dolorose lombo-ischialgiche sta, nella grande maggioranza dei casi, una sofferenza vera e propria delle radici nervose. A queste sindromi dolorose si associano con grande frequenza alterazioni somatiche e più particolarmente della colonna vertebrale: le più frequentemente colpite da processi patologici sono in genere le ultime vertebre lombari e sopratutto la quinta.

Dalle statistiche riportate dall'A., raccolte dai casi dell'Istituto di Radiologia Medica dell'Ospedale di S. Giovanni in Torino, confermate anche da quelle di altri studiosi, risulta che la sciatica non può ormai essere più considerata come entità morbosa a sè, ma come il sintoma principale di numerose infermità scheletriche.

Queste per ordine di frequenza sono:

I. Lomboartriti croniche.

II. Anomalie di differenziazione regionale e sopratutto sacralizzazione della 5ª vertebra lombare.

III. Traumatismi.

IV. Carie tubercolare.

V. Ossificazione dei legamenti lombo-sacrali.

VI. Altre alterazioni lombo-sacrali.

L'A. prende quindi ad esaminare minutamente dal lato radiologico questi diversi tipi di alterazioni della colonna lombo-sacrale.

Le lombo-artriti e spondiliti deformanti lombari, quando la lesione è avanzata e si è giunti alla distruzione di un metamero, danno dei segni radiologici netti ed ormai noti; ma questi segni sono molto meno chiari quando si tratti di forme iniziali.

A questo punto l'A. si riferisce ad alcune nozioni anatomiche: la radice V, che è quella che fornisce la maggior parte delle fibre al n. sciatico, esce dal 25° foro di coniugazione e viene a trovarsi lateralmente e posteriormente in contatto con il processo articolare della prima vertebra sacrale e poggia inferiormente sopra una specie di docciatura fornitale dal piano sacrale che ha per tetto l'apofisi trasversa della 5ª vertebra lombare; lateralmente il piano fulcrale, dirigendosi in alto, viene a limitare la sorta di canale osseo per tal modo costituito.

Ora, una radiografia centrata sulla 5ª vertebra lombare in proiezione corretta, mostra, normalmente, le articolazioni lombo-sacrali abbastanza nettamente disegnate, come due formazioni triangolari ad apice volto cranialmente, con il lato esterno obliquo dall'alto al basso e dall'interno all'esterno, più o meno ricurvo, e quello mediale rettilineo e in senso verticale.

I primi segni radiografici di un'artrite deformante stabilitasi in questa articolazione si rendono evidenti solo quando le alterazioni sono già a carico dell'osso, poichè le particolari condizioni di struttura e di posizione non permettono di rilevare le tenui ombre dovute alle cartilagini. Ma quando la parte ossea è colpita, le apofisi perdono la loro forma a piramide, si smussano, la loro base si allarga, si accascia sino a ridursi a un rilievo: sempre si assiste a questo schiacciamento delle apofisi con forte allargamento della base. Le indagini radiografiche ci spiegano abbastanza bene i rapporti fra lesione ossea e sindrome nervosa: l'appiattimento delle apofisi articolari porta ad una necessaria riduzione del foro di coniugazione nel senso dell'altezza; ma l'allargamento dei processi articolari determina anche una riduzione nel senso orizzontale. Ed ecco che la 5ª radice lombare viene ad essere facilmente irritata da questo stato delle sezioni ossee che attraversa. Si aggiunga, primo certamente ad entrare in azione, un altro fattore, rappresentato dalle produzioni iperplastiche che sono proprie di ogni processo artritico deformante e che dobbiamo ammettere anche se l'immagine radiografica non le mette in rilievo. Talora questo solo fattore è capace di ingenerare la sindrome dolorosa, e quindi va tenuto nella massima considerazione.

Le alterazioni scheletriche possono intervenire anche come solo fattore indiretto, provocando infiltrati, edema, iperplasia dei tessuti molli periarticolari i quali direttamente esercitano la compressione del tronco nervoso: così si spiegano le frequenti guarigioni che sembrerebbero in antitesi con una lesione scheletrica, e si spiegano anche le crisi accessionali dolorose che sono così frequenti e hanno per origine un aumento occasionale della tumefazione periarticolare.

Le sindromi cliniche che accompagnano queste lesioni, sono talvolta sindromi complesse, per compartecipazione di parecchie radici lombari e talvolta anche della catena gangliare simpatica laterale: crisi dolorose a carico dello sciatico, turbe vasomotorie degli arti inferiori, dolori lombari a fascia, senso di peso ai lombi, dolorabilità a tipo ureterale e rigidità nei movimenti del tronco.

Ma più spesso si osservano delle radicoliti più limitate e specialmente quelle che interessano la 5ª vertebra lombare, con una sintomatologica classica delle sciatiche, associata quasi sempre a dolorabilità alla pressione localizzata delle articolazioni lombo-sacrali.

A questi fatti si aggiunge un particolare aspetto ed atteggiamento somatico diverso a seconda della diversa alterazione scheletrica. Molto spesso si osserva nei portatori di sciatiche una inclinazione laterale del tronco, ora dal lato affetto ora dal lato opposto: e questi atteggiamenti sono definiti comunemente come scoliosi ischiatica. Secondo l'A. tali scoliosi non sono in realtà, nella maggioranza dei casi, che degli atteggiamenti in scoliosi. Nè è esatto la denominazione di scoliosi alternante, che in realtà non è dovuta che a delle contratture muscolari, determinate da uno stato di difesa per il dolore, e dallo stato di ipertono in cui i muscoli della regione si vengono a trovare.

Nella sindrome lombo-ischialgica da *sacralizzazione della 5ª vertebra lombare*, mentre appaiono da un lato netti i segni della sacralizzazione intima, totale o parziale della vertebra lombare in metamero fulcrale, il quadro somatico è rappresentato da un intasamento (telescopaggio) della regione lombare con riduzione della lordosi fisiologica e conseguente formazione di un dorso piatto caratteristico e da un aumento spesso notevole del diametro bisiliaco. La sintomatologia nervosa anche qui è quella a tipo ischialgico.

Lesioni ossee del rachide lombare da *traumi* in ischialgie si riscontrano con notevole frequenza: uno sforzo esagerato, nel sollevare un peso una caduta da breve altezza, un salto, un brusco movimento sono capaci di dare delle lesioni radiografiche che spiegano perfettamente la sindrome dolorosa.

Il *morbo di Pott* è, nel tratto lombo-sacrale, non meno raro di quello che sia negli altri metameri rachidei: qui la malattia decorre assai spesso in modo latente, o asintomatico e solo tardivamente si manifestano le turbe nervose: infatti la malattia si inizia con un focolaio di rammollimento centrale e solo quando il rammollimento è divenuto totale viene interessato il foro di coniugazione.

Dal lato somatico si osserva un intasamento ed un appiattamento lombare, talora una cifosi e cifoscoliosi con deviazione angolare a livello del piano fulcrale.

L'ossificazione dei legamenti, massime di quello lombo-sacrale e talora anche dei legamenti lombo-sacro-iliaci è un fatto tutt'altro che raro e radiologicamente ben noto.

È naturale che questo processo di ossificazione per il quale i legamenti assumono una speciale durezza e rigidità, sia capace di dare delle sofferenze alla 5ª radice lombare che con questi legamenti contrae rapporti così stretti di vicinanza e di contiguità, nel suo passaggio. Va tenuta presente questa lesione come causa di una sindrome ischialgica.

Molto più raramente le lesioni ossee riconoscono altri agenti patogeni: *tumori, gomme, lesioni osteomalaciche, osteiti paratifiche,* ecc. possono dare lesioni ossee che, almeno in un primo tempo, si manifestano con una sindrome dolorosa sciatica. Ma si tratta di casi eccezionali, che non hanno un particolare interesse pratico.

Va ricordato infine che non raramente si possono avere *associazioni delle diverse lesioni ossee descritte*: la sacralizzazione si associa spesso con le artriti e con la carie tubercolare; le lesioni traumatiche con i processi artritici, ecc.

L'A. conclude il suo interessante e documentato lavoro, raccomandando di non trascurare mai l'indagine radiografica in ogni caso di sofferenze lombo-ischiatiche, poichè nella grande maggioranza dei casi si possono mettere in evidenza delle lesioni scheletriche di varia natura.

M. LAPENNA.

La lussazione dell'anca all'inizio della coxite.

(MASSABUAU, MILLHAND e GIUBAL. *Bulletin de la Soc. des Sc. médic. de Montpellier,* gennaio 1923).

La lussazione dell'anca all'inizio della coxite non si presenta di frequente e dobbiamo a Kirmisson se è stata portata un po' di luce all'argomento, al quale, prima, non era stata conferita l'importanza che si meritava.

Clinicamente la lussazione precoce si manifesta con dolori acuti (nevralgia sciatica), improvvisamente, spontaneamente: è una lussazione vera a differenza delle pseudo-lussazioni abituali delle coxiti (tardive, progressive, da scivolamento). Sulla radiografia, che non fa che confermare la supposizione diagnostica, manca ogni alterazione delle superfici articolari, i cui contorni sono appena velati, ma senza ulcerazioni nè ingrossamenti, ed in preda ad una decalcificazione intensa e ad un assottigliamento della sostanza ossea.

Kirmisson e Youon, che si sono dedicati con predilezione a questo argomento, ammettono nella *patogenesi* di questa affezione:

1) delle cause predisponenti: ossia l'idrarto (manifestazione specifica) e l'atteggiamento dell'arto malato;

2) la causa determinante: la contrazione muscolare.

Non è facile diagnosticare tale affezione dai sintomi clinici, dai dolori specialmente, per i quali, anzi, si è più portati ad ammettere una artrite deformante giovanile. Ed anche constatata la lussazione, bisogna escludere una paralisi, le osteomieliti delle zone ossee vicine, le artriti post-infettive e riconoscere, da altra parte, la natura tubercolare del processo osseo articolare. È necessario vagliare esattamente gli antecedenti anamnestici ed uno studio esatto dell'immagine radiografica.

È facile, in genere, ridurre queste lussazioni, ma l'avvenire funzionale dell'articolazione viene subordinato alla gravità della coxite, della quale non bisogna dimenticare l'evoluzione ciclica e la tendenza alla anchilosi.

Tuttavia la coxite, all'inizio della quale si è manifestata questa lussazione, sembra avere un andamento particolarmente favorevole (Broca). È opportuno, dopo quanto si è detto, si debba in quei casi, in cui si teme la lussazione l'applicazione di un tiraggio (che però talora riesce insufficiente) o un apparecchio gessato.

Una volta stabilitasi la lussazione, occorre ridurla e trattarla come una lussazione senza, naturalmente, perdere di vista la coxite.

E. MINGAZZINI.

Osteosintesi delle fratture diafisarie della gamba

(BAUDET et MASMONTEIL. *Journal de Chir.*, 1923, n. 5, novembre).

Perchè la chirurgia ossea entri in pratica comune bisogna che sia resa benigna e semplice.

Per raggiungere questo scopo secondo gli AA. occorre per le fratture della gamba uno strumentario speciale e una tecnica precisa.

Nell'istrumentario è indispensabile prima di tutto un *trattore* capace di ridurre la frattura sotto il controllo della vista dell'operatore, ma senza alcun suo intervento. Per la bisogna risponde bene il trattore Antoine-Masmonteil, il quale si fissa al bacino mediante una culla e a mezzo di una staffa a lunghissime branche fornite di un manometro, a cui viene affidato il piede, può esercitare quella trazione che si desidera.

È ancora necessaria una davier Heitz-Boyer. Poi, per le fratture trasversali, che vengono tenute contese mediante placche occorre: un trapano con mastio da madrevite, un cacciavite e una pinza porta placca; per le fratture oblique, che vengono fissate con nastri metallici: un passa nastro e un serranastro.

Tecnica. — Preferiscono l'anestesia spinale per avere la coscienza del paziente sempre presente e la sterilizzazione della parte con tintura di iodio.

Scoprono il focolaio con un'incisione lungo la faccia interna della tibia e lo isolano rispettando il periostio ed evitando ogni traumatismo superfluo.

Riducono la frattura azionando il trattore, il quale nelle fratture recenti può esplicare una forza di 40 Kg. e in quelle di qualche settimana di 80 Kg.

Indi nelle fratture trasversali per mantenere la contensione applicano una placca di Shermon a 4 o 6 viti lunghe 15 mm., nelle fratture oblique 2-3 nastri di Putti.

Infine chiusa la cute applicano un apparecchio gessato.

Le fratture oblique guariscono dopo 22-26 giorni, le trasversali dopo 30-35 giorni. Queste cifre dicono che l'intervento non cagiona nessun ritardo di consolidazione, onde quando ritardo ha luogo vale a dire che la tecnica non è stata esatta.

Tolgono l'apparecchio gessato e mettono in marcia 3-4 settimane dopo l'intervento; solo in un caso di incavigliamento hanno fatto alzare l'infermo il 15° giorno. Credono necessario lasciare l'infermo in riposo fino a quando non si è verificato la saldatura ossea.

Infine dopo 60-65 giorni levano sistematicamente la protesi.

S. GUSSIO.

Sulla cura cruenta ed incruenta delle fratture della rotula.

(R. SACCO. *La chirurgia degli organi di movimento*, fasc. 3-4, giugno 1923. — O. CIGNOZZI. *Ibidem*, fasc. 5-6, ottobre 1923).

Il prof. R. Sacco tratta della osteosintesi con vite metallica nelle fratture trasverse della rotula e dell'olecrano; il prof. Cignozzi si occupa del trattamento riduttivo incruento nelle fratture sottocutanee della rotula. Riassumiamo i due lavori.

Il Sacco raccoglie i casi di frattura della rotula e dell'olecrano curati nell'Istituto Rizzoli di Bologna dal 1904 al 1922, e premesse alcune considerazioni sui vari fattori etiologici, sul meccanismo di frattura e sullo stato anatomico della lesione, passa a trattare della terapia usata. I casi di frattura della rotula furono 53; quelli dell'olecrano 8. Per quanto riguarda il criterio terapeutico, queste fratture possono essere distinte in tre gruppi:

1) fratture trasverse, con rottura del rivestimento fibro-periosteo ed allontanamento dei due frammenti;

2) fratture comminute, con rottura del rivestimento fibro-periosteo ed allontanamento dei varî frammenti;

3) fratture con integrità o quasi del rivestimento fibro-periosteo, e poca o nessuna diastasi fra i frammenti.

Le fratture appartenenti al terzo gruppo sono seguite da buon esito con la terapa incruenta; nelle fratture degli altri due gruppi, per ottenere il ripristino della funzione normale dell'articolazione, è necessario intervenire cruentemente. I metodi sono molti, e ciascuno ha i suoi vantaggi e i suoi difetti; nell'Istituto Rizzoli si dà la preferenza a due: al *cerchiaggio* nei casi di frattura a frammenti multipli distanziati tra di loro; all'osteosintesi con vite metallica, nei casi di frattura trasversa in due soli frammenti, metodo semplice e spiccio quest'ultimo, che può essere eseguito in anestesia locale, applicando o due viti parallele od incrociate a X, oppure anche soltanto un'unica vite semplice o una vite con controdado.

Nei 53 casi di frattura della rotula, furono praticate: osteosintesi con viti metalliche 16 volte; cerchiaggio con filo metallico 6 volte, cerchiaggio con nastrino di Putti 1 volta; sutura fibro-periostea 3 volte; rampone di Dujarier 1 volta; sutura ossea con filo metallico 1 volta, rotulectomia 1 volta; massaggio e meccanoterapia 15 volte; apparecchio gessato 6 volte; avvicinamento dei frammenti con cerotti 3 volte.

Le viti ed i cerchiaggi metallici furono ben sopportati: la rimozione secondaria del ma-

teriale di osteosintesi su 26 casi si dovette fare 5 volte (3 volte viti metalliche, 1 volta rampone di Dujarier, 1 volta filo metallico).

Negli 8 casi di frattura dell'olecrano furono praticate: sutura ossea con filo metallico 1 volta; osteosintesi con viti 2 volte; sutura fibro-periostea 2 volte; massaggi e chinesiterapia 2 volte; apparecchio gessato 1 volta. Il materiale metallico di sintesi ossea fu bene tollerato.

Il periodo di cura nell'Istituto variò dai 15 ai 45 giorni. Gli esiti funzionali ottenuti furono:

Per le *fratture della rotula*:

Esito ottimo: con cura cruenta 15 volte, cura incruenta 1 volta.

Esito buono: con cura cruenta 13 volte, cura incruenta 9 volte.

Esito mediocre: cura incruenta 14 volte.

Esito in rigidità: con cura cruenta 1 volta (rotulectomia).

Per le *fratture dell'olecrano*:

Esito ottimo in 5 casi, *buono* in due casi, *mediocre* in 1 caso.

***

Secondo l'esperienza di Cignozzi anche con la cura incruenta delle fratture della rotula si possono ottenere ottimi risultati; egli ebbe occasione di curare 12 casi di fratture di rotula, di cui due soltanto, trattandosi di fratture comminute, trattò cruentemente con il cerchiaggio secondo Lejars, mentre negli altri 10 casi ottenne esiti favorevoli, con completa *restitutio ad integrum* anatomica e funzionale, con la terapia incruenta, eseguendo una graduale riduzione dei frammenti mediante una fasciatura compressiva del ginocchio in cifra 8, rinforzata con strisce di cerotto; fasciatura rinnovata ogni 48 ore con altra eguale, ma sempre più compressiva, man mano che l'emartro andava riassorbendosi, fino ad ottenere il completo ravvicinamento dei frammenti. Per questo primo tempo di riduzione graduale occorse da 15 a 20 giorni: l'arto fu quindi immobilizzato, entro un apparecchio di cartone, con un cerchiaggio esterno eseguito con solo phlaster, per un periodo di ottanta, cento giorni, tempo necessario alla consolidazione della frattura; seguì poi il periodo della rieducazione fisica dell'articolazione, e delle masse muscolari con massaggi, meccanoterapie, ecc. che richiese dai 30 ai 40 giorni di trattamento. L'autore ritiene di consigliare questo trattamento incruento come il più conveniente nella maggioranza dei casi di frattura sottocutanea della rotula non complicati, per riservare quello operativo alle fratture complesse o a quelle esposte. A. CER.

CENNI BIBLIOGRAFICI

F. SCHIASSI. *La Malaria e le sue forme atipiche*. L. Cappelli, Bologna. L. 40.

Questo volume sulla malaria comprende tre parti: una prima dedicata alla parassitologia, le altre due rispettivamente alla clinica e alla terapia. La spinta alla pubblicazione è venuta all'A. dal lungo studio dell'argomento in un periodo fecondo di osservazioni, il periodo bellico, continuate poi in zone malariche della costiera adriatica. E viene a buon punto un nuovo volume sulla malaria, sia perchè i nostri studiosi non hanno creduto di ripubblicare edizioni oramai esaurite di opere complete, sia perchè è utile che in un moderno trattato figuri il frutto delle ricerche e delle discussioni di questi ultimi anni a proposito di alcuni punti controversi dell'infezione malarica. Chi scriva sulla clinica della malaria difficilmente può aggiungere qualche cosa di nuovo a quanto seppe dipingere l'osservazione dei nostri osservatori Romani antichi e moderni, difficilmente qualche cosa di nuovo sa aggiungere ai dati parassitologici oramai fissati in maniera precisa per la colorazione del Romanowski. Ma per rendere organica l'opera, la lucida esposizione dell'A. di dati, sia pure acquisiti da tempo alla patologia dell'infezione, viene a proposito. La parte clinica è ricca di osservazioni; sulle forme atipiche l'Autore lungamente si ferma: a me pare che il contributo ha più veste che contenuto nuovo.

Capitoli importanti sono invece quelli che discutono la patogenesi delle recidive, e la curva epidemica, confortati con studi lunghi e pazienti dell'A. Se pure nemmeno tali contributi sono risolutivi per le due questioni, essi sono però degni di essere tenuti nella più grande considerazione.

In complesso siamo lieti di dare il benvenuto a questo nuovo trattato italiano sulla malaria; esso è frutto di cura diligente e sapiente; è ricco di personale esperienza; alle nobilissime tradizioni italiane degnamente si ispira. T. PONTANO.

Atti del II Congresso internazionale di medicina e farmacia militare. Due volumi in-8° di pag. 411 e 585. Stabilimento poligrafico per l'Amministrazione della Guerra. Roma, 1923.

Escono ora, raccolte in questi due volumi le relazioni ufficiali e le comunicazioni di questo Congresso tenutosi a Roma nello scorso anno, di cui già demmo a suo tempo notizia (*Policlinico*, Sez. prat., 1923, pag. 841).

Se alcuni degli argomenti trattati interessano quasi unicamente la medicina militare, co-

me quello dell'organizzazione del servizio sanitario e dello sgombero dei feriti in guerra, altri toccano da vicino anche il medico civile, che troverà nella lettura delle relazioni e delle comunicazioni utili notizie.

Sono da citarsi particolarmente gli argomenti che riguardano l'igiene e la profilassi, la tubercolosi, l'uso dei sieri e vaccini, tutte questioni, allo studio delle quali la guerra ha dato un valido impulso, contribuendo non poco a farci progredire nel cammino verso la loro soluzione. Con particolare interesse si leggeranno altresì le numerose comunicazioni su argomenti neuro-psichiatrici.

La pubblicazione è fatta a cura del *Giornale di Medicina Militare* ed è ornata da numerose fotografie.

A. Z.

A. LO MONACO-APRILE. *La protezione sociale della madre e del fanciullo in Italia ed all'Estero.* Un vol. di 300 pagine. Ed. Zanichelli, Bologna. Prezzo L. 18.

In questo libro, pubblicato a cura dell'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, l'autore traccia dapprima, in una rapida sintesi storica, le condizioni giuridiche, morali e materiali della donna madre e del fanciullo presso i vari popoli dell'Antichità, del Medio Evo e dei tempi moderni, rilevando come solo in questi ultimi tempi la questione della protezione sociale dell'infanzia si sia imposta in tutta la sua complessità. Nelle tre parti successive in cui il libro è organicamente diviso (La Maternità e la prima infanzia — La Protezione fisica e morale della seconda infanzia e dell'adolescenza — I fanciulli anormali, abbandonati, traviati e delinquenti), l'autore affronta in pieno tutte le questioni connesse con la tutela dell'infanzia. Di ogni questione illustra i tratti salienti e le soluzioni adottate. L'A. dimostra con scientifica obbiettività come le provvidenze per la protezione sociale della madre e del fanciullo siano in Italia estremamente arretrate, e indica in quali forme e in quali limiti l'azione degli enti pubblici si dovrebbe svolgere.

A. S.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

GIOVANNI GALLI. *Un nouveau Trocart pour l'évacuation de l'oedème cardiaque.* — Archives mal. du coeur, 1923, août.

ID. *Sur les oscillations de troisième ordre de la pression artérielle.* — Arch. mal. du coeur, 1923, juillet.

ID. *Ulteriore contributo al meccanismo di cessazione e di inizio dell'attacco di tachicardia parossistica.* — Gazz. Osp. e Clin., 1923, 45.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-chirurgica di Pavia.

Seduta del 29 febbraio 1924.

Presidenza: Prof. E. ALFIERI.

Guanti per necroscopia.

ACHILLE MONTI. — Riconosciuta l'utilità dei guanti, visti gli inconvenienti che presentano al tavolo anatomico i guanti chirurgici, troppo lisci e troppo sottili per i lavori sul cadavere, presenta un tipo di guanto che ritiene meglio d'ogni altro adatto allo scopo.

È un guanto abbastanza robusto senza essere troppo spesso; consta di foglia segata non liscia, ma con una tenue impressione come di tela, che facilita la presa; reso più lungo da un manichetto rinforzato, che giunge oltre il polso; con cinque dita ad estremità strette e ben adattabili ai polpastrelli per non perdere troppo della sensibilità tattile. Tale guanto venne fornito dalla ditta Pirelli di Milano, ed è raccomandabile ai settori ed agli studenti per i lavori anatomici.

DISCUSSIONE:

Prof. ALFIERI. — L'O. aggiunge una parola alla comunicazione del prof. Monti solo per far rilevare, ad onore dell'industria nazionale, che da qualche tempo usa nella sua Clinica ottimi guanti chirurgici, pure allestiti dalla ditta Pirelli, che sono ben confezionati, più resistenti e più a buon prezzo dei guanti che ci vengono dall'estero.

Converrà perciò favorirne la diffusione e l'uso.

Sul valore della reazione istochimica del ferro per la diagnosi rapida di paralisi progressiva.

E. BRAVETTA. — L'O. conferma il valore diagnostico di questa reazione, che ha trovato sempre presente ed evidentissima in tutti i casi di paralisi progressiva e assente in altri stati morbosi mentali, organici o no, salvo in alcuni casi di rammollimento o di emorragia cerebrale dove, limitatamente ai focolai di lesione, trovò talvolta tracce di pigmento ferrico.

Tra i metodi proposti per la dimostrazione del ferro nei centri nervosi, ritiene preferibile quello di Quincke al solfuro di ammonio, trattando a fresco sottili sezioni di corteccia per la durata di 10'. Il ferro si rende visibile ad occhio nudo per il suo aspetto bruno-nerastro: col microscopio si può seguire lungo il decorso dei minimi vasi cerebrali.

La linfoadenite inguinale subacuta (Linfogranuloma venereo inguinale).

G. MONTEMARTINI. — L'O. illustra due casi, i quali oltre a confermare l'esistenza di questa sindrome morbosa, ne integrano le cognizioni etiologiche, con la dimostrazione in entrambi della presenza e del potere patogeno di un microrganismo pseudo-difterico. Questo germe è da ritenere l'agente determinante nei due casi illustrati; perchè riscontrato nel materiale proveniente da focolai chiusi, asportati asetticamente, negli strisci a fre-

sco colorati di polpa linfoghiandolare, nei preparati microscopici permanenti, nell'essudato di ascessi od infiltrati del sottocutaneo di cavie inoculate con frammenti delle ghiandole linfatiche, nelle colture pure ottenute dalle lesioni flogistiche subacute provocate.

Poichè non resta ancora dimostrato che i paradifterici isolati e studiati in questi due casi, siano i soli microrganismi capaci di provocare il quadro osservato, l'O. non conclude per una «quarta malattia venerea» univoca nell'agente specifico, come altri sostengono, ma per una particolare sindrome linfoadenitica inguinale subacuta di solito, o spesso, legata all'azione di paradifterici.

DISCUSSIONE:

Prof. VERATTI. — L'O. osserva che nei preparati presentati dal Montemartini non esistono le alterazioni caratteristiche della speciale forma del linfogranuloma, e consistono essenzialmente in una iperplasia degli elementi del reticolo, con riduzione degli elementi del tipo dei linfociti. Nei riguardi del problema etiologico ritiene non sia stata raggiunta la dimostrazione sicura che i germi sviluppatisi nella cultura veramente provengano dalla ghiandola ammalata dell'uomo attraverso le cavie, e perciò non può accettare senza riserva le conclusioni formulate dal Montemartini, che solo in tale dimostrazione può trovare fondamento; ed assume un atteggiamento di riserva il Veratti indotto anche dalla considerazione che i germi che figurano nelle ghiandole delle cavie sono morfologicamente diversi da quelli delle culture.

Prof. FICHERA. — Ai dubbi e rilievi del prof. Veratti, avendo seguito le ricerche del dott. Montemartini, brevemente oppone:

«Quanto al reperto microscopico basta esaminare preparati di zone diverse, oppure spostare i campi presentati, per trovare tipiche lesioni allo stadio in cui predomina la proliferazione degli elementi del reticolo, spesso anche rigonfi ed alterati, con riduzione del tessuto, e degli elementi linfoidi. È appunto attraverso questa fase, lunga e diffusa, che si passa dall'iniziale iperemia con iperplasia linfoide alla tardiva formazione di focolai necrobiotici, con fusione e genesi di piccoli ascessi». Circa ai reperti batteriologici, fa notare la difficoltà stessa di ammettere e comprendere quella lunga serie di accidentalità, dallo stesso prof. Veratti definite ripetutamente dannate ipotesi. L'asserita possibilità di sviluppo di germi rimasti su terreno di Petrof accuratamente sterilizzato (quasi generazione spontanea), è in ogni modo esclusa coll'aver portato in termostato tutti i tubi da coltura con sviluppo di quelli semenzati solo. Il germe descritto è stato riscontrato in entrambi i casi, nello striscio di ghiandole chiuse ed asportate chirurgicamente con rigorosa asepsi; nei tagli opportunamente colorati; nelle lesioni di cavie inoculate con materiale umano. Le proprietà patogene reiteratamente accertate su cavie e conigli iniettati per vie differenti, si compendiano nella azione subacuta, lenta. Il germe studiato, sotto ogni rapporto morfologico, tintoriale (coll'aiuto dei proff. Belfanti, Zironi, Carbone, dell'Istituto Sieroter. Milanese), mentre è sprovvisto di ogni carattere proprio ai diplococchi malgrado il suo polimorfismo, e l'apparenza di alcune forme, è stato invece identificato come un particolare paradifterico o difteroide patogeno.

Prof. E. BRUGNATELLI. — Chiede se furono fatte ricerche sierologiche sul malato, ed a risposta negativa raccomanda siano fatte sulle culture ottenute.

Dott. MONTEMARTINI. — Risponde al prof. Brugnatelli E., che non è stato possibile istituire prove di agglutinazione e di deviazione del complemento sui malati, perchè quando si ebbero le culture a sufficienza, essi erano già in via di guarigione. Sono in corso ricerche sierologiche sugli animali infettati col germe isolato.

Rispondendo al prof. E. Veratti, ripete che il paradifterico in questione è stato coltivato da due casi differenti e si è mostrato patogeno in modo evidente su 10 dei 30 animali sui quali ha sperimentato, non si può quindi parlare di reperto accidentale. Quanto ai terreni culturali ogni volta venivano posti in termostato alcuni non seminati per controllo e da essi nulla si è sviluppato: e quindi resta scartata l'ipotesi di un inquinamento culturale. Conclude quindi:

«Io non ho asserito di aver isolato l'agente etiologico della così detta «quarta malattia venerea», ritengo invece che nei due casi da me studiati si tratti di una sindrome linfoadenitica, inguinale subacuta, legata all'azione di paradifterici, come di recente hanno rilevato altri autori. Inoltre tutti i metodi appropriati per la dimostrazione di diplococchi, han dato risultato negativo».

Contributo allo studio clinico della pressione venosa (Alcune considerazioni sui metodi di determinazione diretta).

Dott. FRANCO CASTELLOTTI. — L'O. riferisce sull'importanza della determinazione diretta della pressione venosa ed esamina i varii metodi:

Il metodo col manometro a liquido Moritz-Tabora ha l'inconveniente di praticare una piccola fleboclisi.

Il manometro metallico di Claude non sfugge alla critica per la scarsa esattezza dei manometri metallici in genere.

Nel manometro Corradi l'interposizione fra sangue e liquido manometrico di aria, turba i risultati per le variazioni di volume che l'aria subisce al contatto del sangue avente temperatura superiore all'ambiente.

Fra i vari manometri l'O. consiglia quello a liquido, ma suggerisce di non praticare la fleboclisi come Moritz-Tabora, ma di lasciar colare la soluzione fisiologica del manometro fino allo zero, prima di mettere in comunicazione il manometro con la vena.

Perchè la misurazione diretta abbia a dare risultati attendibili è necessario rispettare il precetto di Moritz-Tabora e cioè lo zero del manometro o il menisco del liquido devono trovarsi scru-

polosamente all'altezza del cuore. Se non viene rispettata questa legge i risultati che si ottengono possono essere superiori od inferiori alla realtà a seconda che il liquido con il suo livello si trovi al di sotto o al di sopra del livello del cuore. La pressione venosa ha in sè scarso valore, ma se misurata contemporaneamente alla pressione arteriosa traduce in cifra la potenzialità del cuore.

Pneumocistografia.

Dott. E. BORTINI. — L'O., partendo da un caso nel quale, per speciali condizioni vescicali non era stato possibile una diagnosi cistoscopica, mentre la radiografia eseguita a vescica insufflata di aria aveva permesso di diagnosticare un polipo vescicale, espone brevemente la tecnica della pneumocistografia mettendone in rilievo i vantaggi che ha sulla cistografia con mezzi opachi. Basandosi sulla esperienza sua e di altri autori americani, italiani, inglesi e tedeschi, dimostra l'innocuità del metodo che può dare risultati veramente sorprendenti.

Prof. FICHERA. — Richiama l'attenzione sulla comunicazione del dott. Bortini, sui pericoli dell'embolia gassosa specialmente quando vi siano emorragie in atto.

Dott. LUIGI CATTANEO. — Pur ammettendo che i pericoli della pneumocistografia siano stati esagerati, tuttavia ritiene che il metodo esponga ad embolie, sopratutto se la parete vescicale è lesa. Ricorda che nella letteratura sono raccolti due casi di morte per embolia secondaria di aria o di ossigeno in vescica, e tra questi due casi abbastanza recenti registrati da Marion-Nicolick, e ricordati al Congresso del 1922 della Società Italiana di Urologia. Ritiene importante il misurare esattamente la quantità di aria e di ossigeno da insufflare, basandosi sugli stessi metodi adoperati dal Forlanini, per la produzione del pneumotorace artificiale, e ciò per evitare una pressione troppo forte che si può far risentire fino sulle alte vie urinarie; pressione troppo forte che può portare, senza prodromi, ad accidenti gravi quali l'embolia, tanto più che la vescica stessa si lascia distendere molto più facilmente dai gas che dai liquidi, e che le sensazioni subbiettive dell'amm. si hanno quando già si è insufflato troppo.

Ritiene che la pneumocistografia dia dei risultati netti nella ricerca dei calcoli o dei corpi estranei, ma che allora la semplice radiografia oppure la cistoscopia siano sufficienti; mentre nei casi dei tumori o di diverticoli vescicali, immagini egualmente evidenti si ottengono con i mezzi opachi, dei quali molti sono scevri di ogni pericolo.

Raccomanda che la cistoscopia debba sempre accompagnare la cistoradiografia, perchè in molti casi, come l'attuale, può servire di guida all'interpetrazione stessa dell'immagine radiografica.

Dott. E. BORTINI. — All'obiezione del prof. Fichera sui pericoli dell'embolia, risponde che tale evenienza è molto rara, nessun caso sino ad oggi è stato denunciato in confronto a migliaia di pneumocistografie praticate: tali casi poi sarebbero da imputarsi non al metodo ma alla sua sconsiderata attuazione ed alla non osservanza delle controindicazioni quali furono dallo stesso prof. Fichera enunciate. Casi di morte si sono avuti col pneumoperitoneo, anch'essi però imputabili a tecnica non appropriata.

Per quanto riguarda le osservazioni del dott. Cattaneo: non crede abbia alcuna importanza conoscere la quantità di gas introdotta, tale determinazione ha il solo valore di affezione che può attribuirle l'operatore, e non è più curata da alcuno. L'unico criterio che deve guidarci nella quantità di gas che si deve introdurre, è lo stimolo alla minzione prodotto dalla distensione della vescica: quando l'amm. accusa tale stimolo l'introduzione deve essere sospesa. L'eventuale ascesa del gas nel bacinetto e nei calici per insufficienza degli sfinteri uretrali non può costituire pericolo alcuno: lo prova l'introduzione deliberata di gas nei bacinetti fatta a scopo diagnostico: tale pratica, per quanto risulta nell'abbondante letteratura da lui a tale scopo consultata, non ha dato inconveniente alcuno. Il pericolo si potrà avere solo allorchè il gas venga introdotto ad una pressione irrazionalmente elevata: nessuno però commetterà tale errore almeno intenzionalmente. Per quanto riguarda il miglior risultato ottenuto mercè l'introduzione di sostanze opache in vescica, non può far altro che invitare il dott. Cattaneo a confrontare cistografie ottenute coi due metodi. L'introduzione contemporanea di gas nello spazio del Retius, e nella vescica, farà ancor meglio risaltare le peculiari particolarità delle pareti vescicali, tanto che in tal guisa molti han potuto mettere in evidenza persino le colonne vescicali. Un tumore del fondo o della parete vescicale anteriore verrà completamente mascherato dalla sostanza opaca di contrasto e sfuggirà completamente all'indagine radiologica, in qual caso però la posizione di Sgalitzer potrà metterlo in evidenza. È d'accordo col dottore Cattaneo che la cistoscopia deve completare l'esame radiografico, ma va più in là; la cistoscopia quando ne sia possibile l'esecuzione, può sostituirlo completamente.

F. RICCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Effetti lontani dei gas di guerra.

Negli individui che sono stati sottoposti all'azione di gas di guerra, si osservano, alcuni anni dopo, dei sintomi che si possono paragonare in complesso al male di montagna prima dell'acclimatazione. Essi sono:

Subbiettivamente. — Vertigini, nausea, palpitazioni, incubi, sensazione di debolezza, cefalea, impossibilità quasi completa di fare un'ispirazione profonda, sensazione di soffocazione, specialmente notturna.

Obbiettivamente. — Respirazione corta e frequente, piccolo volume di aria inspirato per ogni respirazione, ed invece notevole volume orario, abbassamento del tasso di acido carbonico nell'aria espirata ed in quella alveolare, capacità al lavoro diminuita, dispnea violenta al minimo sforzo.

Stato di alcalosi gazosa arteriosa, cioè diminuzione parzialmente scompensata dell'acido carbonico disciolto in rapporto con la quantità di bicarbonato; elevazione del tasso di emoglobina e delle emazie.

Sintomi vaghi classificati sotto la denominazione generale di cuore irritabile, e sintomi classificati come neurastenia.

L. Dautrebande (*Archives méd. belges*, gennaio 1924) esamina il caso di un soldato che aveva subìto l'azione dei gas sei anni prima; in esso ciò che colpiva soprattutto era la respirazione, frequente come l'ansare di un cane (in media 92 al minuto), che impediva persino la parola, poichè l'ammalato non poteva rimanere nemmeno un secondo senza respirare. La dispnea cessava nel sonno, abbassandosi il numero dei respiri a 22 al minuto. La quantità totale di aria inspirata era di 700 litri all'ora, il volume di ogni respirazione era di 150 cmc.; l'acido carbonico nell'aria espirata era 1.75 % (invece del 3 %); l'aria alveolare conteneva solo 4.8 % di acido carbonico (invece di 5.7).

Si tratta in complesso di bisogno cronico di ossigeno causato dai gas asfissianti e quindi dall'edema polmonare consecutivo. In seguito, guarite le lesioni polmonari, il circolo vizioso dato dalla respirazione superficiale e dal bisogno di ossigeno si era installato ed, anche in presenza di una saturazione perfetta della emoglobina in ossigeno, i tessuti mancavano di questo in conseguenza dell'alcalosi. Soltanto il sonno poteva deprimere il centro respiratorio.

Il pericolo sta nella possibilità che in occasione di qualsiasi causa infettiva la quale aumenti le combustioni organiche, di ogni complicazione polmonare o cardiaca che deprima l'ossigenazione, si avrebbe lo scompenso dei centri respiratorio e circolatorio. Lo stato di anossiemia cronica può essere anche il punto di partenza di disturbi gravi che vanno fino alla paralisi completa degli arti.

Il trattamento deve consistere nella somministrazione di ossigeno, la quale si dimostra assai utile anche durante il periodo acuto, subito dopo l'esposizione ai gas. *fil.*

La malattia di Vincent.

Il nome di malattia di Vincent non è più oggi limitato alla localizzazione bucco-faringea, ma è esteso alle diverse localizzazioni della infezione risultante dalla simbiosi fuso-spirillare. Tale simbiosi non può svilupparsi su tessuti sani, ma occorrono cause predisponenti di diversa specie, consistenti in un caso nell'eruzione di un dente molare, in un altro in una precedente infezione streptococcica o difterica, oppure in disturbi costituzionali, in intossicazione da mercurio od in una dieta difettosa. La razza ha pure grande importanza e la malattia si verifica più frequentemente negli arabi.

La localizzazione più importante è quella bronchiale che dà clinicamente sintomi che richiamano da vicino la tubercolosi; si impone quindi sempre la ricerca completa dell'espettorato. Rara invece è la simbiosi fuso-spirillare nei versamenti pleurali; S. Lussana a Venezia, ha osservato un caso (rif. in *Medical Science*, vol. IX, n. 1) di ascesso polmonare con bacilli fusiformi, che si trovarono anche in un ascesso cerebrale per cui l'individuo in seguito venne a morte. La presenza di carie dentale e di piorrea alveolare in individui con simbiosi fuso-spirillare nei polmoni, indica la probabile via di ingresso di questi dei microorganismi e la possibilità di prevenire l'infezione mediante un'adatta igiene orale.

Un'altra localizzazione costituisce la balanite erosiva o gangrenosa, nota anche col nome di quarta malattia venerea. Non è necessaria l'origine venerea dell'affezione, che è più frequente in individui con prepuzio lungo, fimotico, sporco ed è probabilmente riferibile ai microorganismi ordinariamente presenti come saprofiti. Analoghe condizioni possono osservarsi nella donna, in cui determinano una vulvite. Viene riferito un unico caso di scolo uretrale nell'uomo, negativo per i gonococchi e positivo invece per i bacilli fusiformi e gli spirilli.

Rara sembra la localizzazione alle unghie con formazione di ulceri; si possono avere anche ulceri epidemiche in diverse parti del corpo, dovute alla simbiosi. Vengono riferiti diversi casi di localizzazione all'orecchio; in una osservazione recente si ebbe, in seguito, sviluppo di meningite otogenica, con presenza della simbiosi fuso-spirillare nel liquor.

Per quanto riguarda il trattamento, si raccomanda da taluno il salvarsan in applicazioni locali o per iniezioni endovenose; sono stati provati altresì il solfato di rame al 10 % per applicazioni sull'ulcera, il cloruro di etile, la tripaflavina a 1/5 % per pennellazioni o gargarismi e le applicazioni locali di acido cromico al 5 %. *fil.*

Broncomicosi ed asma bronchiale.

E. Steinfield aveva descritto quindici casi di asma bronchiale e bronchite cronica nei quali non fu possibile rivelare uno stato allergico verso le proteine epidermiche, alimentari, e polliniche. Dallo sputo di questi pazienti furono isolati vari lieviti (Monilia, Cryptococcus Endomyces), i quali, iniettati nelle cavie producevano eosinofilia. Si ebbero ottimi risultati terapeutici dai ioduri ad alte dosi (2-4 gr. *pro die*) e da vaccini preparati con questi lieviti.

L'A. riporta ora (*Journ. A. M. A.*, 12 gennaio 1924), altri due casi di bronchiomicosi, rispettivamente da Monilia ed Endomyces, con asma bronchiale, guariti mercè i ioduri e il vaccino rispettivo.

Richiama l'attenzione su queste più lievi forme di micosi, troppo trascurate finora di fronte alle più gravi forme di nocardiasi, blastomicosi, coccidiosi. DORIA.

La terapia dell'asma bronchiale.

Stein (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1923, n. 17) rileva che ormai è un fatto riconosciuto nell'ambiente dei medici professionisti, che i preparati di teobromina, e similmente la *diuretina*, non solo possono, ma anzi debbono venir adoperati nelle affezioni cardiache. L'autore già da alcuni anni ha richiamato l'attenzione sul fatto che non solo quelle affezioni che hanno per conseguenza un aumento della pressione sanguigna, vengono favorevolmente influenzate dalla diuretina, ma anche quelle che sono accompagnate da una diminuzione della pressione del sangue. In ambedue questi casi la massa del sangue viene deviata dalla parte superiore del corpo, e specialmente dalla riserva degli organi toracici, verso i vasi della parte inferiore, e con preferenza verso i vasi dell'intestino e dei suoi annessi ghiandolari. Con questa temporanea diminuzione della massa sanguigna da mantenere in movimento, il cuore viene alleggerito e risparmiato.

Straordinariamente efficace è l'azione della diuretina nell'asma bronchiale, sia che esso si manifesti come asma bronchiale primitivo, sia anche che esso sia di origine riflessa. Ciò è tanto più notevole, in quanto che l'asma bronchiale si manifesta con diminuzione della pressione sanguigna, ed in quanto che, basandosi su questo fatto, si è giunti alla moderna terapia dell'adrenalina diretta ad aumentare la pressione sanguigna. È possibile che in ogni genere di accessi asmatici, forse per contrazione dei bronchiali più sottili, la circolazione, per quel che riguarda il polmone, venga resa più difficile e che quindi ne derivi un aumento di lavoro per il cuore.

L'autore descrive due casi, nei quali indiscutibilmente si è fatta notare in modo evidentissimo l'azione della diuretina. Nel primo paziente, mentre numerose misure terapeutiche non condussero ad un effetto duraturo, la diuterina invece agì in modo veramente notevole, in quanto che gli accessi di asma bronchiale divennero non solo più rari, ma anche assai più deboli. Combinate con la diuretina vennero somministrate anche piccole dosi di bromuro sodico. Il secondo caso era rappresentato da una paziente con asma grave, la quale alla fine era in permanenza costretta a letto. Dopo infruttuose somministrazioni di medicine adatte al suo caso, venne adoperata la diuretina in combinazione con bromo. L'effetto fu meraviglioso. Già dopo due giorni di questa cura la paziente si trovò in grado di lasciare, per la prima volta dopo parecchie settimane, il letto e di rinunciare alle iniezioni di morfina. Anche in seguito il decorso rimane favorevole ed in breve gli accessi cessarono completamente.

SEMEIOTICA.

Le alterazioni delle unghie nelle malattie.

Da uno studio di W. H. Rosenau (*Journ. of Amer. med. association*, Vol. 78, n. 23) risulta che in seguito a febbre reumatica e corea, specialmente se vi sono state complicazioni cardiache, si osservano depressioni piccole, circoscritte alle unghie nel 95 % dei casi. Tali alterazioni sono temporanee e possono scomparire per riapparire dopo una ricaduta della stessa malattia, o di altra infezione; esse possono però anche essere riscontrate fino 15 anni dopo la febbre reumatica; non compaiono mai prima di cinque settimane. Queste depressioni sono anche spesso accompagnate da strie oriz-

zontali, di solito incomplete ed anche longitudinali complete od incomplete.

La ricerca di queste alterazioni va fatta in tutti i malati di lesioni cardiache poichè, in mancanza di tubercolosi attiva, confermano che il paziente ha avuto un attacco di febbre reumatica o di corea e che la lesione cardiaca è di origine reumatica.

Anche nel 70 % dei casi di tubercolosi attiva si riscontrano alterazioni analoghe delle unghie, per lo più accompagnate da altre fra cui specialmente l'ingrossamento a clava. Le depressioni si trovano nel 4.5 % in casi senza definita eziologia e sono state altresì riscontrate dopo altre malattie, quali scarlattina, vaiuolo, empiema, tifoide, morbo di Hodgkin. Riconoscono talvolta un'origine traumatica, fra cui non va escluso il fatto di ricorrere spesso al manicure.

fil.

NOTE DI TECNICA.

Il dosamento dei cloruri nell'urina.

Per il dosamento dei cloruri, si usa di solito il metodo di Mohr al nitrato d'argento e cromato potassico, metodo che però è suscettibile di errori per la presenza delle sostanze coloranti dell'urina e di sostanze organiche, quali l'albumina, il sangue, l'acido urico, basi xantiche, ecc. Per ovviare a tali errori si ricorre di solito al metodo di Vohlard, che offre però l'inconveniente di non poter ottenere una soluzione di solfocianuro esattamente titolata e quindi di dover ricorrere a calcoli supplementari.

F. de la Fuente Hita (*Archivos de med., cir. y espec.*, 12 aprile 1924) propone il metodo seguente. In un pallone tarato da 100 cmc. si introducono 10 cmc. di urina, 5 cmc. di soluzione acetica (Acido acetico cmc. 1,5; Acetato sodico g. 5; Acqua distillata cmc. 100) 50 cmc. di acqua distillata e 20 cmc. di soluzione titolata di nitrato d'argento a. g. 29,075/1000). Si porta a 100, con acqua distillata, se ne filtrano 50 cmc. a cui si aggiunge una goccia di soluzione di cromato potassico. Si titola l'eccesso di nitrato d'argento mediante una soluzione di cloruro di sodio puro, secco a 10/1000. Poichè le due soluzioni si corrispondono esattamente, il calcolo si fa sottraendo dai 20 cmc. di nitrato di argento la quantità di soluzione di cloruro di sodio necessaria per ottenere la scomparsa del colore rosso e la scomparsa del colore giallo del cromato potassico. Un errore si può avere quando l'urina contenga joduri o bromuri.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'eliminazione di sostanze coloranti per mezzo del succo gastrico.

Il bleu di metilene iniettato nelle vene viene eliminato abbondantemente nel succo gastrico; l'eliminazione è meno abbondante e più lenta se la sostanza viene iniettata sottocute. In casi di ulcere gastriche e duodenali l'eliminazione del bleu di metilene nel succo gastrico aumenta, aumenta di velocità, mentre essa è più lenta nei casi di anacidità. Nei casi di achilia gastrica completa il bleu di metilene non si ritrova affatto nel succo gastrico; quest'ultimo fenomeno è costante, mentre le variazioni di eliminazione nell'ulcera e nell'ipoacidità non sono del tutto costanti. Soltanto alcune delle sostanze coloranti iniettate vengono eliminate nel succo gastrico. Vengono eliminate il bleu di metilene ed il rosso neutro, non vengono eliminate il carminio d'indaco, il rosso congo, il bleu pirrolo, la fluorescina. Vengono dunque eliminate nel succo gastrico soltanto le sostanze coloranti solubili nei lipoidi; questo dimostra che l'eliminazione delle sostanze coloranti non si compie per semplice diffusione, bensì per un processo di secrezione. Ricerche eseguite allo scopo di localizzare anatomicamente le parti dello stomaco più attive nell'eliminazione delle sostanze coloranti non hanno condotto a risultati utilizzabili.

(SAXL e D. SCHERF. *Wiener Klin. Wochensch.*, n. 38, 1923).

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abbonato 6071-4. — Dott. M. F. da S.:

Arricchimento dei bacilli tubercolari col metodo di Ellermann e Erlandsen. — Espettorato cmc. 10-15; si mescola con la metà volume di soda (carbonato) al 0,6 % e si tiene per 24 ore a 37°. Si versa il sedimento in un tubo da centrifuga ed al sedimento della centrifugazione si aggiunge il volume quadruplo di soda caustica a 0,25 %, si mescola e si fa bollire. Si centrifuga e si fanno strisci con il sedimento. Tale procedimento viene raccomandato da diversi autori; spesso però l'autolisi non è completa nemmeno dopo 48 ore; inoltre si ha talvolta un odore incomodo.

Colorazione del bacillo tubercolare con il metodo Cépède. — Sullo striscio, fissato alla fiamma, si fa agire il liquido di Ziehl a caldo per alcuni minuti; poi si porta il vetrino, con o senza lavaggio, in una soluzione di latto-blu di metilene e si lascia per 2-3 minuti. Questa

soluzione permette la decolorazione e la ricolorazione temporanea del fondo del preparato. Si lava in acqua corrente, si asciuga e si monta. Per le urine, si passa anzitutto lo striscio in liscivia di soda col 5 % di alcool e vi si tiene per 5'-10'. Il latto-blu si prepara sciogliendo il blu di metilene in eccesso in una miscela composta con acido lattico cmc. 40; acqua distillata cmc. 160; si filtra e si aggiunge alcool a 95° in proporzione di 4 parti per una della soluzione. L'alcool può aggiungersi al momento dell'uso.

FILIPPINI.

Al dott. G. P., da M. V. C., abbon. n. 7556-1:

Il dente subisce dentro l'alveolo dei piccolissimi movimenti passivi in tutti i sensi, si ammette quindi che vi sia un'articolazione fra superlcie interna dell'alveolo ed esterna della radice, e si dà quindi da taluno il nome di artriti dentarie alle malattie di tale articolazione. Più esattamente esse devono chiamarsi *pericementiti*, in quanto che affettano il pericemento o legamento alveolo-dentario. Sui sintomi e sulla cura delle diverse pericementiti, veda i comuni testi di odontoiatria; i sintomi principali sono l'arrossamento della gengiva, la protrusione ed il tentennamento del dente, il dolore localizzato alla radice che aumenta con la pressione.

Il sapore dolciastro in bocca dipende da svariate cause, fra cui possono menzionarsi la carie dentaria, la dispepsia e non è da escludersi che possa contribuirvi l'eccessivo fumare.

Per la *ricerca dello zucchero nelle urine*, qualunque dei metodi citati nei consueti testi di chimica clinica è utilizzabile; si usa comunemente il noto reattivo di Fehling. L'eliminazione dell'azione di sostanze capaci di mascherare la reazione si ottiene usando piccolissime quantità di urina (poche gocce) in quanto che la reazione del glucosio è assai più sensibile di quella degli altri corpi; consigliabile per evitare l'azione di dette sostanze è il reattivo di Benedict. La defecazione si pratica appunto con l'acetato di piombo quando l'urina contiene albumina.

A. Z.

Disinfezione di ambienti abitati da tubercolotici. — Al dott. V. O., abbon. n. 10864:

Lo sviluppo dei vapori di formaldeide fatto a dovere ed usando una quantità sufficiente di formalina risponde allo scopo, ma deve essere preceduto dalla disinfezione del pavimento e delle pareti, fatta con sublimato al 5/1000; è questa la parte essenziale nella disinfezione di un ambiente abitato da tubercolotici.

fil.

VARIA

I medici italiani al Congo.

Nel periodico belga di medicina « Le Scalpel » va svolgendosi una discussione sui servizi medici al Congo. Nel numero del 16 aprile una corrispondenza contiene affermazioni avventate e offensive sul conto dei medici italiani.

Nel numero dell'8 maggio il dott. A. Broden, direttore della Scuola di Medicina tropicale di Bruxelles, protesta contro la pretesa « incapacità della maggioranza dei medici italiani », affermata in questa corrispondenza. Il dott. Girard, professore all'Università di Bruxelles, insorge contro l'affermazione che i medici italiani intralcino l'azione dei medici belgi posti alle loro dipendenze; informa di essere stato quasi tre anni alle dipendenze del dott. Trolli, un italiano medico-capo aggiunto della Colonia, e aggiunge: « non ho avuto che da felicitarmi dei rapporti corsi con lui: ben lungi dall'intralciare l'azione dei suoi subordinati, è sempre stato per essi uno stimolante; in tutte le occasioni, egli s'è interposto tra i suoi medici ed i loro capi amministrativi per coprirli della sua alta autorità. Considero un onore averlo avuto come capo ». Il dott. Rhodain, capo dei servizi d'igiene della Colonia del Congo, e del servizio medico, scrive da Roma: « È assolutamento ingiusto proclamare che la maggior parte dei medici italiani siano incapaci e che intralciano l'azione dei medici belgi posti sotto i loro ordini... Posso affermare che i medici italiani non la cedono agli altri nè in scienza nè in dignità professionale... Sin dalla creazione dello Stato Indipendente del Congo, dei medici italiani hanno offerto i loro servigi al re Leopoldo II... Ho ancora attualmente sotto i miei ordini non meno di trentacinque medici italiani; sono leali servitori del Belgio al Congo. Vi sono tra essi, medici distinti, che hanno reso inapprezzabili servizi al Governo. Non ho che un rincrescimento....: è che tutti questi medici italiani non siano medici belgi ».

L'attacco ai medici italiani si è così risolto in una glorificazione.

Telekinesi, telestesia, telepatia

W. Neumann (*Schweizerische mediz. Wochenschrift*, 6 mar. 1924) crede che psicologi e psichiatri dovrebbero rivolgere maggiore attenzione ai fenomeni di parapsicologia, e in particolare a quelli di telechinesi, telestesia, telepatia. Riferisce un caso di chiaroveggenza rigorosamente controllato da un comitato scientifico ed in cui è da escludere ogni mistificazione: gli esperimenti furono eseguiti a richiesta del presidente della repubblica polacca con la cooperazione di un'Associazione scientifica londinese.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

XXXIV. — L'assistenza sanitaria agli abbienti e la efficacia dei « concordati » tra associazioni libere di Comuni e di medici.

Il Presidente della Federazione dei Comuni fascisti della Provincia di Arezzo e il vice presidente dell'Associazione Nazionale dei medici condotti stabilirono un concordato concernente la estensione dell'assistenza medico-chirurgica gratuita e la misura della retribuzione per le prestazioni dei medici condotti agli abbienti.

Non esamino il contenuto del concordato.

Scopo di questa nota è la determinazione della efficacia dell'atto, dal punto di vista giuridico: scopo non teorico ma pratico ed immediatamente utile perchè non si tratta di un caso isolato e una inesatta valutazione può essere fonte di controversie e anche di danno patrimoniale per i Comuni che credano di potere applicare, senz'altro, quelle norme obbligando i medici ad osservarle.

Dico subito che il concordato non è giuridicamente efficace e perciò non costituisce diritti ed obblighi. È una intesa fra associazioni libere, una guida, una norma di condotta; ma nè l'associazione rappresenta i *singoli* medici e può giuridicamente vincolarli (salvo il caso di una rappresentanza che sorga da *mandato*) nè la Federazione può sostituirsi ai singoli Comuni per stabilire norme o regolare rapporti, per esercitare cioè attribuzioni che appartengono al Comune e, per esso, agli organi che ne sono competenti.

Gli associati hanno, si intende, il dovere di uniformare la loro condotta alle regole stabilite dai dirigenti, in quanto siano conformi al diritto: ma questo dovere sorge dal rapporto di associazione libera e non ha rilevanza giuridica.

Sin che il Comune, sia pure adottando in tutto o in parte il contenuto di un concordato qualsiasi, non abbia provveduto mediante deliberazione del Consiglio Comunale — la quale deve essere approvata dalla Giunta Provinciale Amministrativa, se si tratta di riforme dell'organico — le norme non sono efficaci e, quindi, non sono obbligatorie. Il medico condotto non è tenuto ad osservarle; se il Comune volesse imporle compirebbe un atto illegittimo e costituirebbe una situazione di disagio e di disordine giuridico. È necessario, dunque, che il rapporto sia regolarizzato mediante norme giuridicamente valide e *per ciò obbligatorie*.

Così è in linea di massima. Ma, risalendo al caso concreto, si deve considerare un altro aspetto della questione, tipicamente sostanziale, circa il potere dei Comuni.

L'art. 4 del decreto legge 30 dicembre 1923, n. 2889 dispone che « i sanitari condotti hanno tuttavia, l'obbligo di prestare, se richiesti, la loro opera anche ai non aventi diritto all'assistenza gratuita, in *base alle speciali tariffe che saranno all'uopo stabilite dai Consigli degli Ordini dei sanitari ed approvate dal Prefetto*.

Questa disposizione si inquadra nel sistema della legge, ora rigorosamente definito, per la organizzazione dell'assistenza sanitaria.

Il Comune provvede all'assistenza per i soli poveri: « è fatto divieto, di istituire condotte per la generalità degli abitanti ». Il rapporto di impiego si stringe tra Comune e medico, unicamente per la prestazione di assistenza ai poveri; questo è il rapporto che il Comune regola e controlla.

L'*obbligo* del medico condotto di prestare la sua opera professionale a coloro che non hanno diritto alla cura gratuita non deriva dal rapporto di impiego ma *dalla legge;* quindi, è sottratto al potere normativo e al controllo del Comune. La legge obbliga il medico condotto ad osservare speciali tariffe, ma attribuisce al Consiglio degli Ordini il potere di stabilirle, con l'approvazione del Prefetto.

Questa disposizione conferma la regola che sottrae al Comune la disciplina dell'obbligo legale del medico condotto per le prestazioni professionali a coloro che non hanno diritto alla cura gratuita.

Da questo sistema rigorosamente precisato e definito deriva la conseguenza della inefficacia giuridica delle norme stabilite dai Comuni per disciplinare, anche mediante speciali tariffe, l'assistenza sanitaria fuori dei limiti che circoscrivono il rapporto di impiego, cioè oltre il campo dell'assistenza ai poveri iscritti in speciale elenco approvato a norma dell'articolo 32 del decreto-legge 30 dicembre 1923.

Da questo punto di vista è evidente che, se anche il Comune abbia deliberato o deliberi le condizioni e le tariffe contenute nel capitolato che ha dato occasione a questa nota o altre analoghe, le relative norme non sono operative di effetti giuridici, perchè in contrasto con le disposizioni degli articoli 4 e 32 del decreto.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico

Soltanto il Consiglio dell'Ordine dei medici può approvare le tariffe degli onorari e, in genere, della retribuzione per la prestazione d'opera professionale a coloro che non sono iscritti nell'elenco dei poveri e perciò non hanno diritto alla cura gratuita. Il concordato fra le associazioni dei medici e dei Comuni conserva, quindi, la sua efficacia di autorevole indicazione, suggerimento o proposta; ma giuridicamente non ha valore. Non lo aveva prima del decreto 30 dicembre, se non in quanto le norme contenute nel concordato fossero state poi deliberate dal Consiglio Comunale e approvate dalla G. P. A.; in ogni caso non lo ha specialmente ora, per effetto di quel decreto, perchè la materia che è oggetto del concordato non appartiene alla competenza del Comune.

Riassumendo: il medico condotto è assunto per la sola cura dei poveri, retribuita mediante stipendio a *forfait;* il Comune regola questo rapporto e compila l'elenco delle persone che hanno diritto alla cura gratuita; fuori di questo campo, il Comune non ha attribuzioni per disciplinare l'assistenza medico-chirurgica ed ostetrica; il medico condotto è, *per legge*, obbligato a prestare la sua opera anche agli abbienti, in base a speciali tariffe, ma queste sono approvate dal Consiglio dell'Ordine e dal Prefetto e non dal Comune.

È necessario che tutti si pongano su questa via, che è la sola giuridicamente corretta.

N. B. — **Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).**

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

I lavori del Consiglio Generale della Lega delle Croci Rosse.

Il Consiglio Generale della Lega delle Croci Rosse, che raccoglie rappresentanti di 54 Associazioni di Croce Rossa delle varie nazioni, ha chiuso il giorno 2 a Parigi le sue riunioni. Importanti questioni, discusse in 5 Commissioni, vennero approvate nelle sedute plenarie:

La questione delle Infermiere fu specialmente approfondita e fu approvato il voto che essa abbia una parte preponderante nel programma di azione delle Società Nazionali della Croce Rossa; che le Società medesime si sforzino di mostrare al pubblico l'importanza delle Infermiere e che si dedichino allo sviluppo delle scuole Infermiere, incoraggiando a seguirne i corsi le giovani che già posseggono una buona posizione sociale ed educativa.

Altro argomento di grande importanza fu quello della *propaganda dell'igiene* che deve rimanere uno dei principali obiettivi di pace delle Croci Rosse. Venne vivamente raccomandato che le Società di Croce Rossa partecipino: alla lotta contro la tubercolosi, impiantando dispensari, assistendo l'infanzia predisposta, preparando le Infermiere visitatrici; alla lotta contro le malattie veneree; alla lotta contro il cancro, organizzando la propaganda in modo da attirare l'attenzione del pubblico sulla necessità di una diagnosi e di un intervento precoci; alla lotta contro gli stupefacenti ed i tossici ed infine alla protezione dell'infanzia, a cui il Consiglio Generale dedica un interesse particolare, stimolando tutte le Croci Rosse del mondo a proteggere e preservare il bambino, specie quello minacciato dalla malattia. Il Consiglio Generale, su proposta della Croce Rossa norvegese, circa i mezzi per migliorare l'igiene della marina mercantile, riconoscendo un nuovo e fecondo campo di azione delle Croci Rosse, raccomandò a tutte le Società Nazionali dei paesi marittimi di partecipare a questa attività con propaganda educativa a bordo delle navi, con dispensari dedicati ai marinai, ecc. Il Consiglio Generale raccomandò a tutte le Croci Rosse del mondo di spiegare una attiva campagna per mettere il pubblico in guardia contro il ciarlatanismo e lo smercio dei rimedi segreti.

Circa *l'organizzazione dei mezzi di soccorso in caso di calamità* nazionali ed internazionali il Consiglio Generale raccomandò la formazione di squadre sanitarie di soccorso permanenti e la coordinazione di tutte le opere di già esistenti in paese, sotto la bandiera della Croce Rossa.

Altro argomento di notevole importanza, che ebbe larga discussione, fu quello relativo alla *Croce Rossa Giovanile*, la quale ha preso in tutte le Croci Rosse del mondo un largo sviluppo, attuando un'opera di educazione civile e di fratellanza umana delle più importanti.

Il prof. C. Baduel espose il contributo di lavoro della C. R. I., illustrato da grafici, tavole, schemi, nei vari rami della sua attività e più precisamente: nell'assistenza all'infanzia, nella lotta contro la tubercolosi, contro la malaria, nell'assistenza medico-scolastica ed alle malattie del lavoro, e così pure l'importante contributo dato all'organizzazione del pronto soccorso ed i servizi resi in Italia ed all'estero in casi di calamità. L'opera compiuta dalla C. R. I. mette l'Italia in testa alle altre nazioni.

Una speciale Commissione fu convocata per occuparsi esclusivamente del Progetto Ciraolo che costituì indubbiamente la più importante questione all'ordine del giorno del Consiglio Generale. Alla

unanimità il Consiglio Generale, nominato il senatore Ciraolo presidente della sezione del Congresso che avrebbe studiato i soccorsi internazionali, fece proprie le risoluzioni adottate dal Consiglio dei Governatori, che precedette quello generale, e diede mandato al Segretariato di aiutare con tutte le sue forze la diffusione delle idee del Progetto, nell'attesa che siano conosciute le risposte dei Governi alla Società delle Nazioni. Ed emise il voto che una Conferenza Internazionale dei Delegati e dei Governi della Croce Rossa venga riunita per l'attuazione del Progetto stesso. Il Consiglio Generale medesimo raccomandò a tutte le Società Nazionali di Croce Rossa di assumere questo dovere internazionale, facendo le necessarie modificazioni ai loro Statuti, formando sezioni speciali di soccorso in seno alla Lega delle Croci Rosse a Parigi, per il coordinamento degli studi delle singole Società.

Il Progetto ha ricevuto in questo congresso una accoglienza che lo ha posto definitivamente sulla via della attuazione pratica, nel dominio della Croce Rossa. Ed è notevole che il congresso fosse presieduto dal Presidente della C. R. degli Stati Uniti, la grande Associazione, che s'era tenuta finora in disparte nei riguardi di questa proposta.

Cronaca del movimento professionale.

Nel Consiglio Superiore di Sanità.

La elezione per la rappresentanza degli Ordini sanitari ha dato i seguenti risultati: *Medici:* Vacino voti 58, Cocito 51, Fatichi 49; *Veterinari:* Torti 55, Bianchedi 55, Gasparetto 54; *Farmacisti:* Pratta 39, De Mercurio 38, Chiaria 28.

Minimo di stipendio ai sanitari.

Il Consiglio Provinciale Sanitario di Reggio Calabria, su proposta dell'on. prof. Tiberio Evoli, Presidente dell'Ordine dei Medici, deliberò a voti unanimi la nomina di una Commissione con la Rappresentanza della Classe Medica e dei Comuni, perchè a norma dell'art. 34 del D. L. 30 dicembre 1923, stabilisca i minimi di stipendio per i Medici Condotti, Ufficiali Sanitari e Levatrici della provincia.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione; vedi fasc. 21*).

	Lire
Prof. Ligabue Pietro, Fiorenzuola d'Arda	50
Dott. Remotti Oreste, Pegli	50
Dott. Ricci Carlo, Sarzana	10
Dott. Guareschi Antonio, Perino	30
Dott. Zeppini Guido, Viareggio	25
Dott. Falorni Giuseppe, Tavernuzze	25
Dott. Patroni Ettore, Sampierdarena	15
Dott. Domenici Emilio, Viareggio	50
Dott. Ciuti Giulio, Figline	20
Dott. Stefanutti Edoardo, Capanne di Vitiana	100
Dott. Perroni Giovanni, Genova	50
Ten. M. Degli Azzi Guido	80
Dott. Aquino Andrea, Genova	5
Prof. Cavallaro Giuseppe, Firenze	100
Dott. Rasia Dal Polo Remo, Sampierdarena	25
Dott. De Rossi Luigi, Genova	25
Prof. Grosso Giacomo, id.	20
Dott. Beffa Giuseppe, Albenga	25
Dott. Zucconi Cesare, Cutigliano	50
Dott. Fedi Victor Ugo, Prato	25
Dott. Munari Giuseppe, Firenze	100
Dott. De Faveri Piero, id.	50
Dott. Bartali Giorgio, id.	100
Prof. Pasetti Giuseppe, id.	20
Dott. Del Vivo Catone, Empoli	15
Dott. Del Vico Goffredo, id.	15
Dott. Durand Davide, Genova	15
Dott. Durand Felice, id.	10
Prof. Pisani Sante, Firenze	50
Prof. Banchi Arturo, id.	20
Dott. Fontana id.	20
Dott. Conti Francesco, id.	15
Dott. Castelli Guido, id.	15
Dott. Scappucci Carlo, id.	10
Dott. Piccinini Giovanni, id.	20
Dott. Baldisseri Antonio, id.	15
Dott. Orsi Battaglini Em., id.	25
Dott. Guastallo Ruggero, id.	20
Prof. Dotti Giannantonio, id.	50
Dott. Orefici Ugo, id.	30
Dott. Puritz Giacomo, id.	20
Dott. Bini Olinto, id.	25
Dott. Marconi Filippo, id.	20
Prof. Martini Adolfo, id.	30
Asociazione N. L. E., id.	150
Dott. Rodolico Leonardo, id.	20
Dott. De Amicis Pietro, Genova	100
Dott. Rosso Pietro, Zuccarello	20
Prof. Pellegrini Pietro, Massa	100
Prof. Daddi Giuliano, Firenze	50
Dott. Fabrini Em., Pistoia	10
Dott. Raffo Francesco, Chiavari	50
Dott. Bigatti Ottaviano, Giusvallo	50
Dott. Ferrarini Silvio, Sarzana	10
Dott. Benelli Aldo, Pistoia	10
Dott. Bonacchi Ireneo, id.	25
Dott. Piccardi Bartolomeo, Pieve di Teco	10

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BONDIONE (*Udine*). — Consorzio. Stipendio e indennità L. 14.400. Aumenti periodici. 2 indennità c.-v. Tassa concorso L. 30,10. Documenti di rito. Gratuita abitazione civile. Scadenza al 15 giugno. Richiedere avviso Segreteria comunale.

CARPINETO ROMANO (*Roma*). — 2ª cond.; L. 7000 per 2000 (*sic*) pov.; due c.-v.; 5 quadrienni dec. Scad. ore 18 del 12 giu. Età lim. 35. Vaglia postale di L. 50.10 al tesoriere comun. Serv. entro 20 g.

CETONA (*Siena*). — Scad. 15 giu. 2ª cond. Stip. L. 6500; cav. L. 2000 (nette); doppio c.-v. Tassa conc. L. 50.

CREMONA. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Un medico aggiunto e due chirurghi aggiunti; L. 6000 oltre L. 1200 c.-v. e 4 quinquenni fino al 50 % stip. iniziale. Età lim. 45. Triennio in Clinica o grande Osped. o Univers. Biennio di esperim.

Direttore Gabinetto Radiologia. Stipendio iniziale L. 12,000 lorde; ind. c.-v. L. 1200; 4 aumenti quinquennali. Età lim. 45. Sei anni laurea; quattro anni pratica radiologica; divieto esercizio gabinetto radiologico proprietà. Scad. 30 giugno.

FIRENZE. *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Due med.-chir. assistenti; età mass. 30 al 20 giu.; nom. e conferme biennali; L. 5000 oltre le indenn. c.-v. Scad. ore 18 del 20 giugno.

Foligno (*Perugia*). *Congregazione di Carità*. — Direttore medico primario dell'Ospedale San Giov. Batt. A tutto il 30 giu. Rivolgersi alla Segreteria. Età lim. 40. L. 6000 primariato e L. 3000 direzione; sessenni decimo. Serv. entro 30 giorni.

Marcellina (*Roma*). — Scad. 5 giu. L. 7000 oltre L. 300 uff. san. e L. 300 arm. farm., primo c.-v.; ab. 2000. Un'ora di ferrovia da Roma.

Marignano (*Forlì*). — A tutto 5 giug., 1ª cond.; vedi fasc. 20.

Nigoline (*Brescia*). — Consorzio. Ab. 2065 di cui 200 circa pov.; estens. kmq. 10; L. 7000 stip., L. 1000 mezzo trasp. senz'obbligo cavallo, L. 300 uff. san., c.-v., compless. L. 10,700. A tutto 30 giu.

Ostellato (*Ferrara*). — Scad. 15 giu.; 3ª cond. L. 10,000 e 5 quadrienni dec.; L. 3000 quota complement. variabile in funz. di c.-v. Vaglia postale di lire 50.15.

Placanica (*Reggio Cal.*). — Scad. 11 giugno. L. 4000 (*sic*) e 5 quadrienni dec. fino a 100 famiglie povere; L. 5 ogni fam. in più; L. 1200 cav.; L. 500 profilassi antimalarica; L. 600 uff. san. In corso d'approvaz. aum. stip. a L. 6000.

Ponzano di Fermo (*Ascoli Piceno*). — A tutto 10 giugno. Vedi fasc. 21.

Porto San Giorgio (*Ascoli Piceno*). — Al 15 giu. Chirurgo; L. 6500 residenza e cura poveri; doppio c.-v. come statali; aumenti periodici come impiegati del Comune. Ab. 5400 al centro, 640 sparsi su ha. 773. Biennio di assistentato in Clinica od Ospedale di grande città del Regno; almeno un anno in reparto chirurgico. Vaglia di L. 50 tassa concorso.

Roccastrada (*Grosseto*). — Scad. 20 giu.; 5ª cond. med. (Montemassi); L. 9000.

Roma. — L'Assoc. fra gli inquilini dell'Istituto Cooperativo per le case degli Impiegati dello Stato (quartiere di Piazza d'Armi) bandisce un concorso per titoli a medico-chirurgo; stipendio, percentuale sulle visite, appartamento gratuito di cinque vani nel palazzo di nuova costruz. in piazza Martiri di Belfiore 2. Scad. 4 giu.

Roncofreddo (*Forlì*). — A tutto 25 giu., 1ª condotta; vedi fasc. 20.

S. Giovanni in Marignano (*Forlì*). — A tutto 5 giu., 1ª cond. Vaglia postale L. 50.20 intestato al Sindaco. Ab. 400 agglom. e 2069 sparsi in ha. 984. L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 2500 cav.; due c.-v. Serv. entro 15 g.

Sperlinga (*Catania*). — Stip. L. 5000 (*sic*); per uff. san. L. 500; indennità provvista medicine lire 1500. Scad. 30 giug. Rivolgersi Segreteria comunale. Vaglia postale di L. 50, intestato al Tesoriere comunale.

Spinete (*Campobasso*). — A tutto 15 giu.; lire 4,500 (*sic*) e tariffa abbienti, 5 quinq. decimo, L. 500 uff. san. Età lim. 39. Accettaz. entro 8 g., servizio entro 20 g.

Udine. *Amministraz. Provinc. del Friuli*. — Medico di Sezione nel Manicomio Provinc. Vedi fascicolo 21. Scad. ore 18 del 12 giug.

Medico-chirurgo trentunenne, perfezionato in malattie interne, ostetricia-ginecologia, malattie di bambini, già aiuto di ospedali, pratico condotte, cerca interinato remunerativo, posto ospedale o clinica privata. Scrivere: Dott. C. - Istituto Farmacoterapico Italiano, via 3 Cannelle 15, Roma.

Concorsi a premio.

Bologna. *R. Accademia delle Scienze*. — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

Bologna. *Istituto Ortopedico Rizzoli*. — Premio Umberto I. Vedi fasc. 11. Scad. 31 dicembre 1924.

Milano. *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere*. — Due premi della Fondazione Fossati. Scadenza ore 15 del 1° apr. 1925 e ore 15 del 31 dic. 1926. — Premio della Fondazione Ernesto De Angeli. Scad. ore 15 del 31 dic. 1926. Vedi fasc. 17.

Milano. *Municipio*. — Due premi della Fondazione dott. A. Beretta. Vedi fasc. 15. Scad. ore 12 del 28 feb. 1926.

Modena. *R. Università*. — Premi Riccardo Luzzatto e Alfredo Simonini. Vedi fasc. 19.

Roma. — *Ministero della Guerra*. — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

Roma. *Società Italiana di Medicina Interna*. — Due premi ditta Hoffmann-La Roche. Vedi fasc. 15. Scad. ore 16 del 31 dic. 1924 e del 31 dic. 1925.

Roma. *R. Università*. — Premio Baccelli. Vedi fasc. 17. Scad. 15 giugno 1924.

Roma. *R. Università*. — Due premi di fondazione Girolami. Scad. 31 dic. 1924.

Torino. *R. Accad. di Medicina*. — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

Uffici di collocamento.

E' istituito dall'Associazione Nazionale Medici Condotti un ufficio di collocamento per la provincia di Como. Ad esso possono rivolgersi tutti i medici inscritti ad un Ordine del Regno. La tassa di inscrizione è di lire 25. Per informazioni e per il regolamento rivolgersi al dottor Alfonso Mignoli, presidente dell'Ufficio di collocamento, Robbiate Brianza (Como).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il Consiglio dell'Università di Parigi ha proposto al ministro della P. I. che sia conferito il titolo di dottori *honoris causa* ai proff. W. Wright, dell'Università di Londra, e S. Ramon y Cajal, emerito dell'Università di Madrid.

Il prof. Luigi Simonetta, il benemerito presidente del Collegio-Convitto per gli Orfani dei Sanitarii in Perugia, su proposta del Ministro della P. I. è stato nominato Ispettore Onorario per le Opere integrative delle Scuole del Comune di Perugia.

NOTIZIE DIVERSE.

Il XV Congresso nazionale medico di idrologia, climatologia e terapia fisica

è stato fissato dal 5 al 9 giugno 1924 ad Abbazia. Sono stati concessi ai congressisti notevoli ribassi ferroviari, e facilitazioni presso gli alberghi di Abbazia (da 30 a 38 lire al giorno di pensione completa, tasse e mance comprese).

Sono state organizzate dal Comitato Ordinatore per festeggiare i partecipanti, gite, escursioni, ricevimenti a Brioni, Grado, a Porto Rose ed a Fiume ed eventualmente a Postumia e S. Canziano.

Le relazioni che si svolgeranno al Congresso sono le seguenti:

1) Ciclonopatia: Prof. Maurizio Ascoli (Catania).

2) Le acque minerali nelle malattie del ricambio: Prof. P. Marfori (Napoli).

3) La diatermia: Prof. A. Vinaj e dott. E. Melocchi (Milano).

4) La terapia inalatoria: Dott. Pinali (Milano) e prof. Angelucci (Roma).

5) I bagni di acido carbonico nelle affezioni cardiovascolari: Prof. Valenti (Parma).

6) La terapia delle affezioni ginecologiche ed i bagni di mare: Dott. G. Kurz (Abbazia).

Importanti comunicazioni sono già annunciate dai principali cultori di queste varie branche della terapia. Per partecipare al Congresso inviare la propria adesione, più L. 20 per la tessera che dà diritto alle riduzioni ferroviarie, ecc. alla Segreteria del Congresso, Villa Angiolina, Abbazia (Istria).

Del Comitato Ordinatore del Congresso è Presidente il prof. Comm. Castiglioni di Trieste; della Associazione Medica Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica, sotto i cui auspici si svolge il Congresso, il gr. uff. prof. L. Devoto.

La Sagra del Medico.

Abbiamo data notizia di questa splendida pubblicazione, che raccoglie scritti del Duca d'Aosta, di Gabriele D'Annunzio, Sem Benelli, Della Valle, Calligaris e Minerbi.

Ora avvertiamo che i nostri abbonati possono ottenere il libro, che è in commercio al prezzo di lire 15, per sole lire 10 facendone richiesta ed inviando detto importo al Segretario del Comitato per la Celebrazione del Medico caduto in guerra, dott. Federigo Bocchetti - Sanatorio Militare - Anzio (Roma).

Lotta antimalarica in provincia di Roma.

La R. Commissione provinciale di Roma, considerando le recenti disposizioni legislative che hanno demandato alle provincie nuove funzioni, sta elaborando tutto un piano di azione nel campo dell'assistenza igienico-sanitaria, in conformità alla nuova legge 30 dicembre 1923, n. 2889.

Il 16 aprile in seguito a convocazione del presidente della R. Commissione avv. gr. uff. Pietro Baccelli, si sono riuniti a palazzo Valentini i rappresentanti di molti Comuni del Lazio e di alcuni enti pubblici. La convocazione aveva per oggetto uno scambio di idee sull'opera che i Comuni ed enti interessati, in una con la Provincia, intendevano svolgere per la lotta antimalarica.

Avevano aderito molti Comuni delle zone malariche della provincia.

Il Presidente, dopo aver rivolto agli intervenuti un cordiale saluto ed un ringraziamento per aver accolto l'invito della Provincia, ha spiegato brevemente gli scopi della seduta ristretti ad un semplice scambio di idee sull'azione da svolgere per la lotta antimalarica. Sulle comunicazioni del Presidente hanno preso la parola quasi tutti gli intervenuti, plaudendo alla iniziativa assunta dalla R. Commissione e riconoscendo l'efficacia di un intervento della Provincia quale organo di integrazione e coordinamento. Si è riconosciuta la opportunità della nomina di una Commissione per lo studio della questione e per riferire, con una relazione, in una prossima seduta. La Commissione all'unanimità è riuscita composta di: comm. Baccelli, comm. Sirleo, comm. Pecori, on. Sanarelli, comm. Gosio, prof. Ilvento e dott. Collaviti.

Tre settimane di ricerche biologiche sperimentali.

L'illustre fisiologo di Losanna, prof. Arthus, ha organizzato — come già nel 1922 — un corso per giovani che si avviino alla carriera biologica sperimentale. Per la durata di tre settimane, dal 21 luglio al 9 agosto, egli farà vivere ai suoi allievi una vita di laboratorio estremamente intensa, che consentirà loro di seguire davvicino lo sviluppo di uno studio sperimentale.

Come nel 1922, argomenti di studio saranno: l'anafilassi, le proteotossicosi, l'anafilassi-immunità, ecc. Il punto di partenza sarà lo studio sperimentale del veleno di cobra. Trattandosi di un'opera di apostolato scientifico, ai partecipanti non è richiesta nessuna spesa: la gratuità del corso sarà assoluta.

Le domande dovranno inviarsi al più presto — indicando la nazionalità e corredandole di un breve *curriculum vitae* — al prof. Maurice Arthus, Institut de Physiologie, Champ-de-l'Air, Lausanne (Svizzera).

Si avverte che possono aversi alloggio e pensione assai convenienti al prezzo di circa 7 franchi svizzeri al giorno.

Per il prof. Putti.

Rileviamo dai giornali brasiliani che veramente grandiose e senza precedenti sono le accoglienze fatte dal Brasile al prof. Vittorio Putti.

In San Paulo l'insigne clinico tenne una magistrale conferenza all'« Ars Medica », eseguì una dimostrazione di artroplastica nell'anfiteatro operatorio della « Santa Casa » e concesse numerose consultazioni, tutte gratuite. La « Sociedade de Medicina e Cirugia » volle consacrargli una seduta solenne: dopo un saluto del presidente, dott. Brasiliense, pronunziò un discorso ufficiale il dottore Puech, che espose le vicende dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, illustrò i contributi portati dagli italiani alla ortopedia operativa e chiuse con un inno all'Italia; seguì una conferenza del prof. Putti sul

trattamento delle lussazioni congenite dell'anca. Al Putti venne offerto un banchetto, cui parteciparono illustri personalità della scienza, della politica e dell'arte: parlarono il dott. Mauro, il prof. Ilves Lima, il dott. Brasiliense, S. E. Giuriati e il festeggiato.

La Facoltà Medica di Rio de Janeiro ha fatto tenere al prof. Putti l'invito di visitare quella Università.

Comunicato.

L'Istituto Opoterapico dott. Zanoni, Milano (33), comunica alle Direzioni Mediche, ai Medici e Chirughi Primari degli Ospedali di Carità, ai professori Direttori delle Cliniche Mediche, Chirurgiche, Pediatriche, delle Università del Regno, il desiderio di offrire «Insulina Zanoni» per iniezione ipodermica ed endovenosa, dosata a 10 unità cliniche per cc. a prezzo semi-gratuito per la cura degli ammalati indigenti ricoverati in detti Ospizi.

Una violentissima malattia infettiva contratta nell'esercizio della professione ha ucciso in pochi giorni un giovane medico di 26 anni, il dott. MARIO ANGELI, di Pola. Appena laureatosi ritornò nella sua città natale e fu nominato medico volontario ausiliario di quell'Ospedale Provinciale. Si dedicava allo studio con amore smisurato. Era dotato di una bontà impareggiabile.

Gli amici, i concittadini, hanno sentito nell'intimo dell'anima vibrare una nota di sincero dolore per la tragica ed immatura fine, avvenuta nell'adempimento di una sublime e umanitaria missione.

Ai desolati genitori, che la sorte ha così duramente colpito, vadano le nostre commosse condoglianze.

A. Pozzi.

Il dott. VINCENZO TOMMASINI si è spento a Pellaro (Reggio Calabria), ove egli era medico condotto da tanti anni riscuotendo il plauso e la stima più viva di quella popolazione.

La Rappresentanza Civica volle che i funerali fossero fatti a spese del Comune, a nome del quale disse belle parole il Sindaco bar. Vincenzo Nesci. A nome della Classe parlò il Presidente dell'Ordine dei Medici, on. prof. Tiberio Evoli.

Una parola di elogio va tributata ai Colleghi, che dettero la loro preziosa opera di assistenza all'Estinto, e in special modo al dott. Giorgio Federico, che fu di una abnegazione ammirevole.

E. N.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 9 Giugno 1924 Fasc. 23

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI.

Ricerche sperimentali sugli innesti ossei immediati e a distanza.

Dott. EMANUELE TRAVERSA GAUDIOSO.

Per amore di brevità non riporto integralmente la storia degli innesti ossei, che nel lavoro originale, del quale questo non è che un sunto, ho trattato abbastanza diffusamente; debbo però richiamare l'attenzione su alcuni punti che credo di maggiore importanza e che trascriverò per sommi capi onde rendere chiaro quanto verrò a dire nella parte sperimentale.

Il concetto di riparare alle perdite ossee nella continuità dello scheletro è ormai antichissimo pur essendo gl'innesti entrati a far parte del patrimonio scientifico verso la metà dello scorso secolo.

Il lavoro dell'Ollier sulla Ostéogénèse Chirurgicale, riassume tutto ciò ch'è esperienza personale di 30 anni di lavoro sull'argomento e le conclusioni cui egli è arrivato hanno un'importanza grandissima.

Per Ollier anzitutto l'innesto osseo propriamente detto è il trapianto a distanza di un osso o di un frammento di osso interamente separato dal corpo. Egli poi distingue tre ordini di trapianti: Se si trapianta un lembo della propria sostanza ossea si ha la prima categoria di innesti e cioè l'innesto autoplastico; se il trapianto è preso da un soggetto differente ma della stessa specie e si viene a trapiantare allora un frammento d'osso sopra un altro individuo ma in un terreno analogo od anche identico, si ha la seconda categoria d'innesti e cioè l'innesto omoplastico; se finalmente il trapianto è preso da un individuo di specie differente che sarà più o meno lontano nella scala zoologica, si ha la terza categoria d'innesti e cioè l'innesto eteroplastico.

Ora le idee dell'Ollier circa queste diverse categorie d'innesti sono le seguenti:

Per gl'innesti delle prime due categorie, innesti autoplastici ed omoplastici, « non vi è dubbio che essi possono seguitare a vivere ed anche accrescersi in spessore e larghezza, mentre negl'innesti della terza categoria cioè quelli eteroplastici che sarebbero per i chirurgi i più importanti, il pezzo d'osso è destinato ad essere riassorbito. In questo caso il trapianto non serve che per la sua resistenza e per il suo volume e come mezzo di conduzione alla neoformazione ossea; esso non rappresenta che una parte passiva in cui sarà ben presto sostituito da osso novello formato dai tessuti del soggetto ricettore. Non è che un sostegno temporaneo ».

È rimarchevole come anche nei casi d'innesti auto- ed omoplastici l'Ollier dia una grande importanza al mantenimento delle condizioni di circolazione locale. Bisogna isolare il meno possibile questi lembi ossei dai tessuti che li alimentano; bisogna trasportarli con la pelle che li ricopre e lasciarli anche circondati dal più possibile di parti molli.

La riposizione di un frammento osseo nella sua posizione primitiva, cioè in mezzo ai vasi che normalmente provvedono alla sua nutrizione, riesce meglio che il suo impianto in regioni lontane e differentemente costituite.

Se si rimpianta p. es. un disco osseo tolto col trapano esso s'innesterà più completamente nella perdita di sostanza dell'osso che in uno spazio scavato sotto la cute. Il contatto del disco osseo coi vasi che lo alimentano normalmente gli assicurano migliori sorgenti di nutrizione e migliori condizioni di stabilità. Il successo di questo ripianto in quanto a ripresa o continuazione della vitalità del frammento osseo non è più in questione.

Come si vede adunque per Ollier negl'innesti e nei trapianti ha grande importanza il mezzo in cui l'innesto avviene e, purchè questo sia omogeneo, non vi ha dubbio che il trapianto possa seguitare a vivere.

Il prof. Giovanni Pascale nel suo lavoro del 1897 sugl'innesti ossei (Comunicazione al XII Congresso Chirurgico, Roma, ottobre 1897) venne a queste conclusioni generali:

«1) Contrariamente alla teoria di Ollier, gl'innesti di osso sia autoplastici sia omoplastici sia eteroplastici possono sempre saldarsi nei casi favorevoli per callo osseo o fibroso. La natura del callo dipende da cause diverse le quali però non infirmano il principio generale.

2) Contrariamente all'ipotesi di Ollier sono destinati a scomparire non solo gl'innesti eteroplastici ma anche gli elementi degl'innesti o trapianti omoplastici e autoplastici poichè essi non vivono ne seguono affatto il movimento di crescimento dei tessuti attorno. Ciò tanto nelle ossa del cranio quanto in quelle degli arti.

3) Solo gl'innesti fatti con lembi ossei lasciati in perfetta continuazione con i tessuti molli sovrastanti possono attecchire e seguire il movimento di vitalità dei tessuti in cui sono reinnestati. Varie condizioni influiscono nel saldamento dell'innesto o trapianto. Certamente vi hanno influenza le condizioni di vitalità del pezzo osseo innestato. L'autore ritiene che la sostanza ossea propria del disco è utilizzata dagli osteoblasti nel processo di rigenerazione; la sostanza ossea quindi dei dischi di sostanza viva probabilmente deve avere una maggiore affinità ad essere assimilata dagli osteoblasti che non la sostanza ossea di dischi antichi o resi artificialmente necrotici. Trattasi secondo Pascale di maggiore affinità chimica.

Anche l'ampiezza del disco o pezzo d'osso da innestare può avere una certa influenza nel processo di ossificazione del callo. Queste condizioni sono di tale importanza che in certi casi il callo osseo può mancare e non aversi che semplice tessuto fibroso.

4) La neoformazione ossea del cranio non è mai, anche negli animali lattanti, preceduta dalla comparsa di tessuto cartilagineo.

Il callo osseo è formato sempre da connettivo e ciò secondo lo sviluppo embrionale delle ossa craniche (Pascale).

5) La presenza o assenza del periostio sul disco o pezzo d'osso da innesto non ha importanza per la vitalità del pezzo d'osso sottostante, perchè cade in necrosi anch'esso ma si riproduce rapidamente dal periostio sano attorno.

6) Gli elementi del disco cadono sempre in necrosi dopo un tempo vario ed a seconda la vitalità dei singoli animali da esperimento. Fanno perciò qualche rara eccezione, negli animali molto giovani, piccoli gruppi di elementi che possono seguitare a vivere per lungo tempo e prendere poi parte al movimento di rigenerazione. Questa necrosi è dovuta all'arresto completo di ogni circolazione nel disco, alla trombosi dei vasi, al riempimento di sangue e di fibrina e di detritus che consegue in tutti i canali, canalini e canaliculi dell'innesto ed anche al fatto del difficile ripristinarsi della circolazione, che, si sa, nelle ossa non trova le condizioni pel pronto ristabilirsi. Il mantenere il disco durante l'atto operatorio in condizioni presso a poco fisiologiche a temperat. di 38° C. in sol. fisiol. sterile non ha importanza perchè reinnestandolo gli elementi cadono lo stesso in necrosi (Pascale).

Questa necrosi che si ha negli elementi del disco, avviene egualmente per un certo trattto anche nel margine di frattura dell'osso in cui si pratica l'innesto, fatto questo già constatato dal Bonome e dal Durante.

7) Contrariamente all'ipotesi del David non trattasi di semplice ottutimento della vitalità degli elementi la quale poi è ripresa ristabilendosi le condizioni opportune di vitalità, poichè gli elementi si disfanno ed i corpuscoli, risulta dagli esperimenti dell'autore, possono rimaner vuoti anche dopo anni, mentre noi possiamo con esperimenti consecutivi assistere alla formazione della nuova sostanza.

8) Consecutivamente la sostanza ossea necrotica, in seguito ad attivo processo di rigenerazione, come innanzi è detto, viene a poco a poco sostituita da giovane sostanza ossea la quale appare in tutto il disco a zone, specie intorno ai vasi e lacune, sulla faccia durale e periostale oltrechè sui margini di frattura.

9) Contrariamente all'ipotesi del Barth questa neoformazione e contemporanea sostituzione della sostanza necrotica non è progressiva in modo che, come egli asserisce, in quattro mesi si ha completa sostituzione del disco ma invece, come chiaramente risulta dagli esperimenti fatti dall'autore su animali e seguìti per oltre un anno, questo potere di rigenerazione è limitato. Una volta formatosi il callo ed una volta che la neoformazione ha colmato e riempito gli spazii e le lacune del disco, opponendo giovane sostanza ossea il processo si arresta e la sostanza ossea necrotica ancora residuale e che in certi casi è la maggior parte del disco, resta e resterebbe per un tempo indefinito (Pascale). Ma nella maggior parte dei casi per il processo di lenta atrofia, senza contemporanea sostituzione di nuova sostanza ossea, come innanzi abbiamo descritto, il disco è più rarefatto ed assume un aspetto e forma speciale, per cui esso è sempre riconoscibile anche macroscopicamente dall'osso in cui è avvenuto l'innesto (Pascale). Il disco pur saldato può rimanere intatto ed integro anche dopo anni così come quando fu posto in sito, incapsulato come da una guaina di tessuto osteoide o fibroso. Questo tessuto fibroso canalizza anche il disco ma non arriva a riassorbirlo e sostituirlo se non in piccoli tratti qua e là riconoscibili solo microscopicamente (Pascale).

10) La mancanza del disco nel sito di trapanazione non porta assenza del processo di rigenerazione ossea; esso esiste ma limitato al margine di trapanazione e mano mano che ci avviciniamo verso il centro del disco il tessuto osteoide passa a cicatrice connettiva; ma, una volta colmato lo spazio vuoto lasciato dalla trapanazione, il processo si arresta e non va più oltre. La presenza del disco vivo perciò, da una parte eccita e rende più attivo il processo di rigenerazione, d'altra parte esso contribuisce per la sua parte al processo di riparazione. Il mettere il disco di sostanza viva o morta o di sostanza decalcificata secondo l'autore non è perfettamente indifferente. Gli osteoplasti trovano materiale più affine nel disco vivo, materiale che non trovano nel disco decalcificato.

11) La decalcificazione quindi, anzichè favorire l'innesto, rende incompleta l'ossificazione perchè forse priva il tessuto di rigenerazione di quei materiali utili che si trovano nel disco vivo e che sono utilizzati. Il disco decalcificato è riassorbito e canalizzato dalla neoformazione infiammatoria la quale poi a poco a poco passa a tessuto osteoide dalla parte periferica verso il centro così come avverrebbe con qualunque altro corpo poroso. E questa ossificazione potrebbe anche arrestarsi molto prestamente. La presenza invece del disco di sostanza ossea viva fa sì che quelle zone di giovane tessuto osseo, compaiono in tutto il campo del disco congiungentesi con quelle che compaiono più prontamente sotto la dura e sotto il periostio, in modo da formare come un vero reticolo; ciò dà solidità all'innesto e non si riscontra nelle ossa decalcificate.

12) La neoformazione ossea nella sostanza decalcificata avviene così come in qualunque corpo o sostanza porosa che si sostituisce in sito, come p. es. la spugna, mentre i dischi metallici restano perfettamente incapsulati.

L'autore quindi conchiude con Ollier che la struttura e lo sviluppo delle ossa di neoformazione mostrano che l'osteogenesi chirurgica rassomiglia nei suoi processi all'osteogenesi normale. Essa non è infatti che la messa in opra degli elementi normali dell'ossificazione che sono stati rispettati dalla malattia o dal trauma ed ai quali si aggiunge un fattore nuovo, *la irritazione traumatica* che eccita la fecondità delle cellule osteogene normali e rende le proprietà ossificanti a tessuti che le avevano perdute (periostio adulto, midolla divenuta grassosa).

***

L'innesto osseo è giustificato in casi di alterata o diminuita attività osteogenetica per riparare a traumi delle ossa, per sostituire ossa distrutte da infezioni o da tumori maligni, per riparare all'assenza congenita di ossa, per correggere deformità congenite e per occludere breccie aperte per la trapanazione del cranio (Adams W. R.).

« Quando il chirurgo si convincerà che per deficienza di sorgenti osteoblastiche il processo di ossificazione non potrà compiersi, avrà l'obbligo di provvedere in tempo utile con opportuni innesti preferibilmente omologhi ».

(L. De Gaetano: « Processo di riparazione delle fratture, quando siano soppresse alcune delle sorgenti osteoblastiche che concorrono alla formazione del callo osseo ». Comunicazione alla R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli nel 1910).

***

Mi sono servito come animali da esperimento di conigli badando che non fossero di molta età. Per sopperire alla grave difficoltà di immobilizzare l'arto operato quasi in tutti gli esperimenti ho cercato di mettere a profitto la costituzione anatomica dell'arto anteriore nel segmento dell'antibraccio nel quale, perchè for-

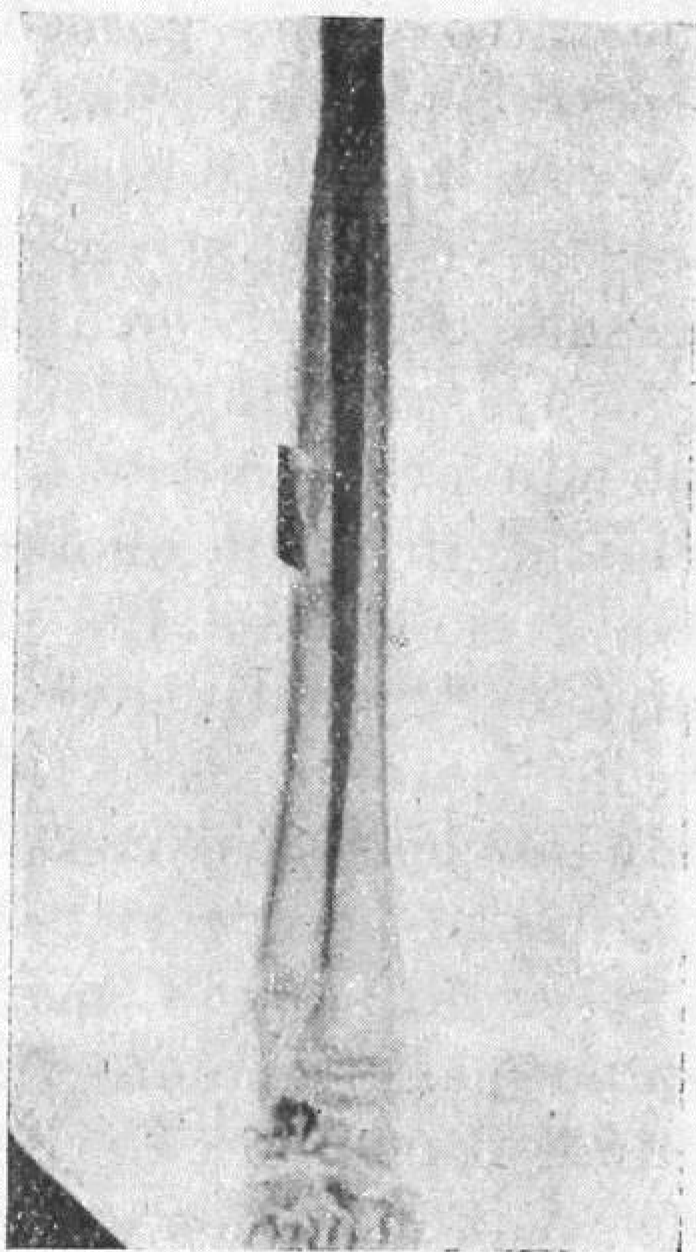


FIG. 1. — Innesto omoplastico a distanza. (Prima radiografia).

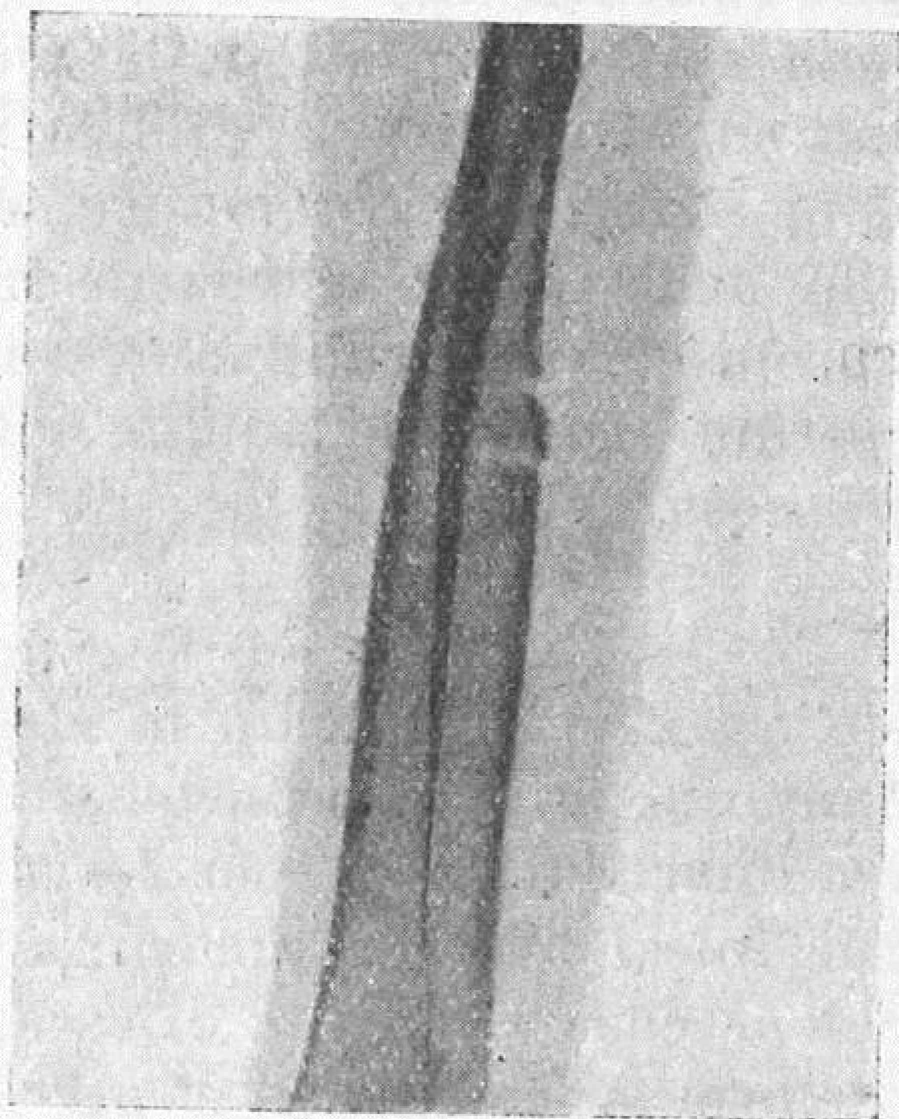


FIG. 3. — Innesto autoplastico immediato. (Prima radiografia).

mato da due ossa, potevo benissimo ottenere la stabilità interrompendo la continuità di un solo osso e praticare quindi l'innesto senza bisogno di sutura perchè l'altro, rimasto integro, funzionava perfettamente da stecca rigida. Ciò evitava anche l'applicazione di qualunque fasciatura e usavo semplicemente il collodion.

In tutti gli esperimenti conservavo nel portainnesto il periostio.

***

Immediatamente dopo l'operazione eseguivo una radiografia, utile più che altro per essere sicuro della giusta posizione del frammento innestato; a distanza di tempo varia ripetevo le radiografie badando che l'intensità lumi-

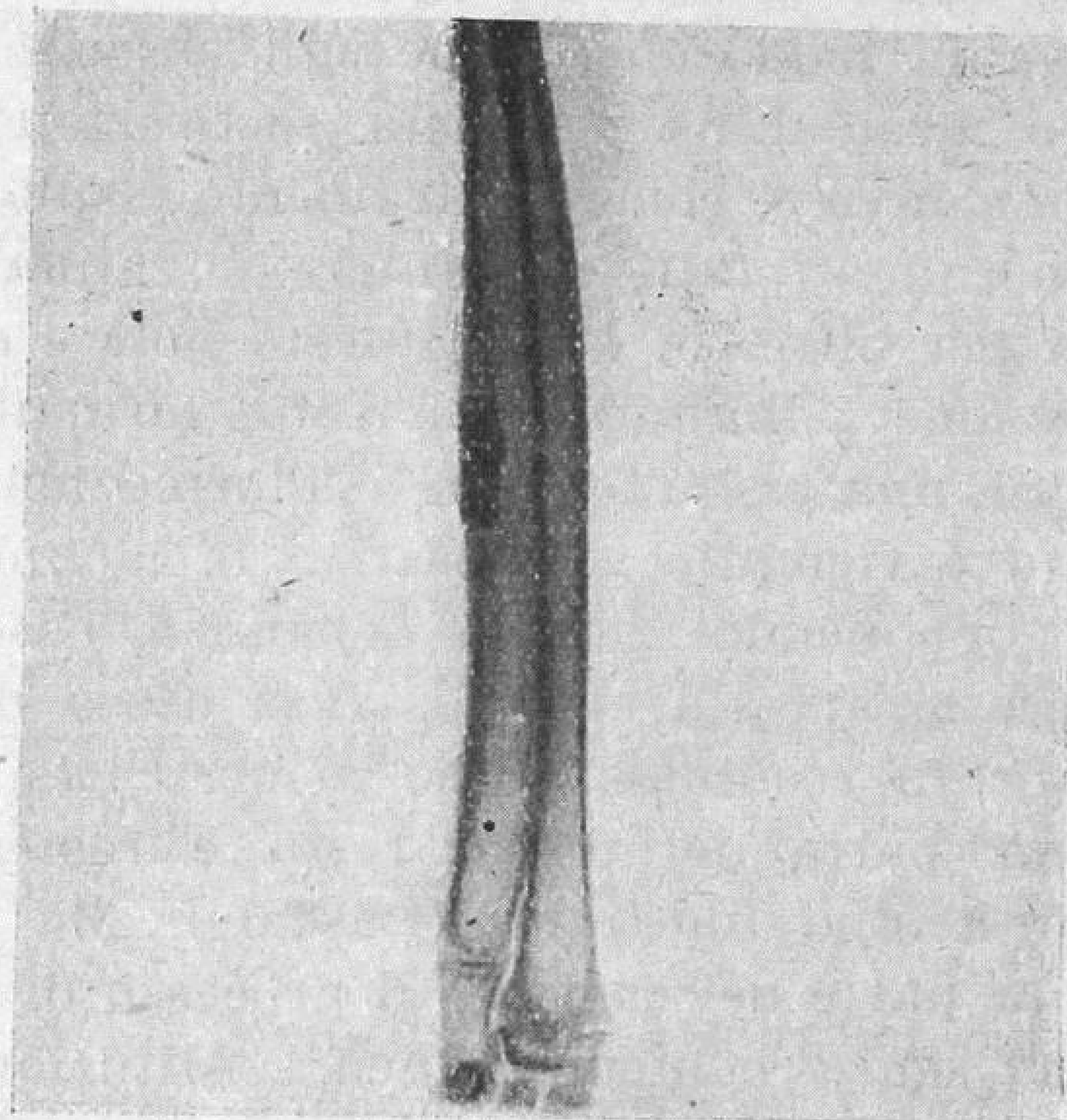


FIG. 2. — Innesto omoplastico a distanza. (Ultima radiografia).

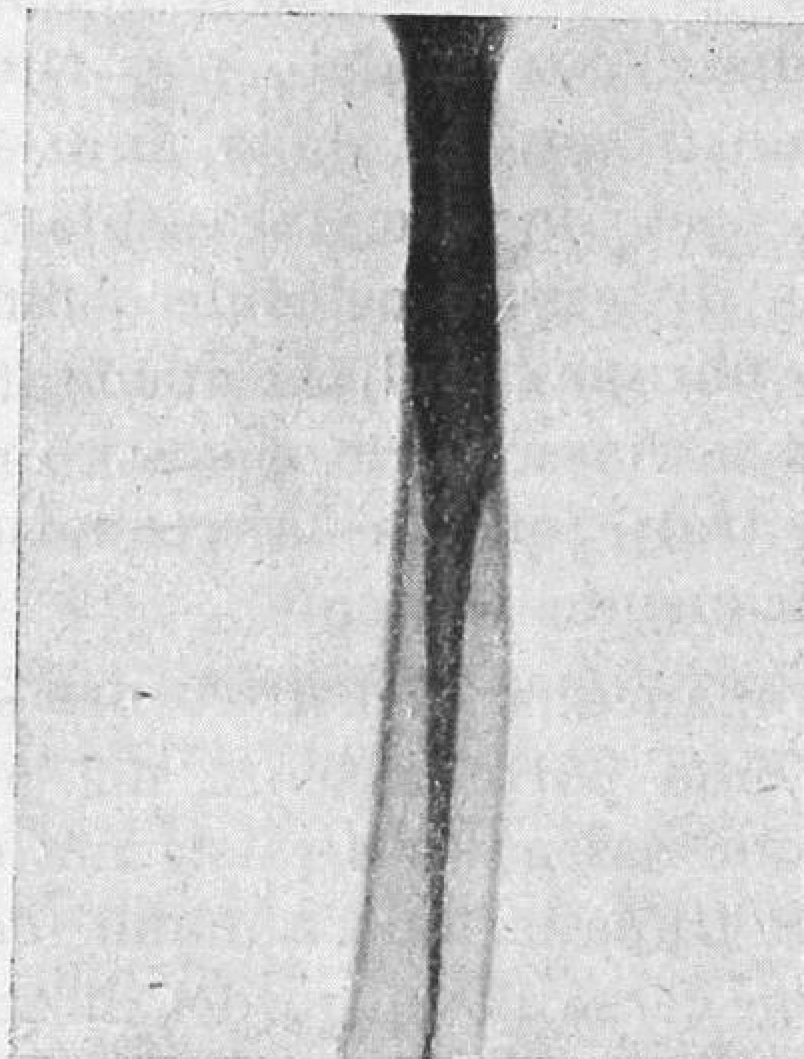


FIG. 4. — Innesto autoplastico immediato. (Ultima radiografia).

nosa e la distanza fra l'arto da radiografare ed il tubo fosse sempre la stessa.

Dopo un tempo più o meno lungo e che ho precisato volta per volta nella descrizione dei risultati, gli animali venivano sacrificati; scovrivo con cautela il campo sul quale era caduta l'operazione e con la massima accortezza segnavo i dati macroscopici, conservando in

alcool o in formolo al 4 % i pezzi di osso col loro innesto.

In alcuni esperimenti ho eseguito dei preparati microscopici adottando il metodo per la inclusione in paraffina usato dal prof. Vastarini-Cresi dell'Istituto di Anatomia della Regia Università di Napoli.

Gl'innesti praticati e descritti in questa prima comunicazione del lavoro sono, innesti omoplastici immediati e a distanza, innesti autoplastici immediati ed innesti eteroplastici a distanza.

Chiamo innesto *immediato* quello eseguito immediatamente dopo l'asportazione di un segmento osseo, a *distanza* quello eseguito dopo che il segmento osseo da innestare era stato conservato in liquido di Ringer per un certo periodo di tempo.

***

Mi credo autorizzato a concludere dai miei esperimenti che sia negl'innesti autoplastici come in quelli omoplastici immediati e a distanza od in quelli eteroplastici, *sia possibile aversi una restituzione anatomica e funzionale completa* senza però da questo poter inferire che l'innesto conservi la sua vitalità perchè dai pochi preparati microscopici eseguiti è più probabile pensare con Pascale che la presenza dell'innesto nelle perdite di sostanza agisca sui tessuti sani stimolandoli ad una osteogenesi riparatrice.

All'esame microscopico infatti, di varie sezioni di un innesto eteroplastico (osso umano in femore di coniglio), il frammento innestato sembra essere in parte scomparso e sostituito da giovane tessuto connettivo; in prossimità dell'innesto notasi una neoformazione ossea (osteoblasti) proveniente per un processo di periostite ossificante dal periostio dell'osso ospite vicino.

Anche il midollo prende parte al processo iniziando una neoformazione di tessuto osseo di cui gli osteoblasti sono l'esponente. Questi appaiono in prossimità della faccia interna dell'osso ospite mentre nel centro la midolla si mostra come un tessuto reticolare delicatissimo, formante lo stroma più o meno evidente e costituito dai prolungamenti di cellule fusate e stellate che pigliano contatto con l'avventizia dei capillari sanguigni e si addensano verso la periferia a contatto dell'osso dove dànno il così detto endostio; nelle maglie dello stroma si osservano gli elementi del parenchima.

Dato questo risultato sembrerebbe che l'innesto abbia funzionato da stimolo sull'osso sano spingendolo ad una neoformazione ossea che certo avrebbe finito per sostituirsi completamente od anche in parte e dare così una restituzione anatomica e funzionale permanente al femore leso, senza perciò potersi attribuire all'innesto altro valore che quello di uno stimolo.

Riporto per maggiore chiarezza in questo breve riassunto le figure di alcune radiografie.

Nella figura N. 1 è riportata la prima radiografia di un innesto omoplastico a distanza eseguita immediatamente dopo l'intervento. Il semicilindro osseo, innestato nel cubito dell'antibraccio di destra, appare ricolmare esattamente la perdita di sostanza praticata giustaponendosi perfettamente sull'osso portainnesto.

Nella figura N. 2 è riportata l'ultima radiografia dello stesso animale eseguita dopo 34 giorni dall'operazione. È evidente in questa che il semicilindro osseo aderente all'osso portainnesto ha preso intimo contatto con esso, si da apparire facente parte essenziale dell'osso dal quale è possibile distinguerlo soltanto per un'ombra più scura, il che può far pensare che la compattezza di esso sia maggiore.

La nessuna reazione dei tessuti molli, il reperto di questa ultima radiografia, inducono a concludere che l'innesto sia perfettamente riuscito almeno dal lato clinico che ha certamente grande importanza in pratica.

Nella 3 e 4 figura sono riportate la prima e l'ultima radiografia di un innesto autoplastico immediato eseguito asportando dal cubito dell'antibraccio di sinistra un cilindretto osseo di circa 1/2 centimetro di lunghezza, reimpiantandolo tosto capovolto.

Giacchè lo spazio di tempo trascorso tra le due radiografie è abbastanza lungo (la prima — figura 3 — eseguita tre giorni dopo l'intervento e l'ultima — figura 4 — a centodieci giorni da questo) è evidente il risultato a distanza e cioè il ripristino perfetto della continuità dell'osso e della funzionalità dell'arto operato nonchè la solidità dell'innesto.

Agli effetti pratici questo risultato può ritenersi eccellente.

Un'altra canclusione a cui vengo è questa: Secondo la mia esperienza il liquido minerale (liquido di Ringer) conserva perfettamente il tessuto osseo se tenuto in ghiacciaia a 0° per lo meno per un tempo che va dai quattro ai dieci giorni.

Napoli, 29 dicembre 1923.

BIBLIOGRAFIA.

DELBET. Bulletin de la Société de Chirurgie, t. XXXIV, pag. 954.

LAURENT. Testo di Anatomia Chirurgica, volume I, pag. 209.

COSTA. *Innesti ossei ed articolari.* Ricerche sperimentali. Aprile 1916.
PASCALE. Comunicazione al XII Congresso chirurgico, Roma, ottobre 1897: *Innesti ossei, risultati sperimentali ed ulteriori ricerche istologiche.*
OLLIER. *De l'ostéogénèse chirurgicale.* Congresso internazionale di Berlino, 1890.
MICHON L. *Contributo allo studio del trapianto osseo.* (Journ. de Chir.; settembre 1922).
MAC WILLIAMS. *Valore comparativo dei diversi metodi d'innesto d'osso.* 1390 casi. (Annals of Ch., 1921).
REGARD G. L. *Studio comparativo tra l'innesto di osso ed il trapianto d'osso morto.* (Journal del Chir., agosto 1922).
ADAMS W. R. *Innesti ossei.* (Ib., gennaio 1923).
VANDER ELST. *Trapianto osseo omoplastico della tibia.* (Arch. franco-belga di Chir., 1923, n. 2).
HAGEMANN R. *Trapianti ossei.*
DELAGENIÈRE H. *Risultati lontani e definitivi dei trapianti osteo-periostei tratti dalla tibia.* (Arch. franco-belga di Chirur., 1922, n. 8; pag. 673 a 718).
LEXER. *Formazione di pseudartrosi nelle fratture e nei trapianti ossei.* (Arch. F. Klin. Chirur., 1922, vol. 119, fasc. 3, pag. 520).
PUGE M. e PERKINS G. *Qualche osservazione d'innesto osseo ed in particolare dell'innesto a ponte.* (Brit. Journ., 1922, vol. IX-36, pag. 549-554).
MARIQUE, LAMBRICHT, MOREAU J. *L'innesto d'Albec ed il Mal di Pott negli adulti e nei bambini.* (Arch. franco-belga di Chirur., 1922, N. 11).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA UNIVERSITÀ DI BONN A. RHEIN (GERMANIA).
Direttore: Prof. ERICH HOFFMANN.

L'iposolfito di sodio nella terapia degli esantemi da salvarsan e nelle intossicazioni da varî metalli (Hg, ecc.).

Dott. ARMUZZI GIUSEPPE, assistente volontario.

Non è senza importanza, oggi che all'arsenico, al mercurio e ad altri metalli di tossicità ben conosciuta noi diamo valore di rimedi essenziali per la sifilide in particolare e per una serie non piccola di altre affezioni organiche, conoscere come si possano curare i danni che questi veleni infinitamente benefici provocano ben di frequente nel malato, complicando e molte volte impedendo un razionale trattamento terapeutico risanatore.

Questo rimedio ci è fornito da alcuni derivati dello zolfo ed in modo speciale dal tiosolfato sodico conosciuto e chiamato ordinariamente col nome improprio di iposolfito di sodio; altri derivati, come il solfito di calcio ad es., non posseggono tutte le qualità più opportune: le quali, per l'iposolfito di sodio, sono: 1) la sua grande solubilità in acqua, per cui si può somministrare in concentrazioni forti; 2) la sua assoluta atossicità fino ad una immissione endovenosa di oltre due grammi di sostanza; 3) la sua azione chimica svolgentesi rapidamente nell'organismo. Secondo gli americani Bride e Dennie, l'iposolfito di sodio trasforma molti metalli tossici (arsenico, mercurio, piombo, bismuto, zinco e rame) nei rispettivi solfiti non tossici ed insolubili; sarebbe quindi il precipitante di elezione per questo numeroso gruppo di metalli.

L'applicazione di questo mezzo fu tentata per primo da Ravaut nel trattamento della dermatite arsenicale e Cheinisse ne ottenne pure ottimi benefizi. Altri se ne sono serviti come semplice ed inoffensivo procedimento per evitare lo choc anafilattico in animali sensibilizzati (cavie) per siero di montone e antidifterico, aggiungendo alla iniezione del siero la uguale quantità di una soluzione al 5 % di iposolfito sodico che non altera le proprietà antitossiche del siero. Anche nell'acne e nella seborrea pare che l'iposolfito di sodio abbia dato eccellenti risultati, se somministrato in soluzione al 5-10 % nelle vene, fino ad un grammo al giorno. Un contributo nuovo e di valore notevole per la sua applicazione nei danni consecutivi ad uso di arsenico e di mercurio ce lo offrono gli americani W. Bride e C. Den-

nie; non è molto numerosa la loro statistica di casi trattati, ma è non di meno significante: essi riportano tre gravi dermatiti da neo-arsfenamin, una da soluzione del Fowler, una da cacodilato sodico. In ogni caso essi somministrarono l'iposolfito sodico nelle vene (sciolto in 10 cc. di acqua bidistillata sterile) nella misura qui detta: il primo giorno gr. 0.3; il secondo gr. 0.45; il terzo gr. 0.60; il quarto gr. 0.90; il sesto gr. 1.2; l'ottavo gr. 1.8. S'intende che il prodotto deve essere purissimo e sterile. L'effetto si manifesta rapidamente con la regressione in breve scorcio di tempo della dermatite e con la reintegrazione della lesione cutanea.

Il tiosolfato sodico fu somministrato anche ad un individuo che aveva ingerito a scopo suicida sette grammi di sublimato corrosivo; dopo quattro ore dalla immissione del veleno, si danno al paziente 15 grammi di iposolfito sodico per bocca e gr. 0.45 nelle vene; otto ore dopo gr. 0.90 pure endovenosamente e la mattina successiva ancora gr. 0.45 senza altro intervento. Guarigione dopo una settimana (caso trattato dal dott. Hunt e riportato da Bride e Dennie). In altro caso, di stomatite mercuriale grave, lo iposolfito di sodio, endovenosamente, portò rapidamente alla guarigione. Il trattamento ha pure risposto in cinque altri simili casi meno gravi.

Anche la via enterica può servire per l'introduzione del rimedio, come coadiuvante, ma senza rinunziare alla via endovenosa (15 gr. di tiosolfato sodico in 480 cc. di acqua, consumati in tre volte in un giorno).

Nella nostra clinica abbiamo provato, primi in Germania, questo trattamento ed i risultati dei primissimi tentativi sono stati recentemente comunicati da Hoffmann e da Schreus. La casistica seguente comprende tutti i casi comparsi alla mia osservazione fino al marzo ultimo scorso:

CASO I. — Ragazza di 23 anni. Sifilide secondaria maligna (rupia generalizzata). Trattamento specifico combinato con Natriumsalvarsan e con Milanol (preparato bismutico della Chemische Fabrik di Hemelingen). Alla seconda dose di salvarsan (0,30-0,45) inizia alla regione estensoria delle articolazioni una dermatite eritemato-papulosa, con eritema doloroso e bruciante alla palma delle mani ed alla pianta dei piedi, con edema diffuso; temp. 38,7. Si somministrano subito nelle vene per due giorni le prime due dosi del rimedio. Il miglioramento si ha già nella prima giornata: la temp. scende a 37.4 e rapidamente si normalizza: edema, arrossamento, fenomeni irritativi e dolorosi si attenuano in due giorni. L'impallidimento dell'esantema è seguito da desquamazione furfuracea e da guarigione completa in una settimana, senza che si siano somministrate, in vista dell'ottimo successo, le altre dosi di iposolfito sodico. Nessuna cura locale. In decima giornata dall'inizio dell'esantema, si prosegue nella cura specifica con neosalvarsan e Milanon, senza accenno alcuno ad intolleranza e senza recidive, anche durante i successivi periodi di cura.

CASO II. — Bambino di 4 anni. Sifilide secondaria acquisita. Alla ottava iniezione di neosalvarsan (gr. 0,2) insorge grave dermatite a tipo lichenoide, generalizzata: febbre 38,4. Si iniettano in nove giorni gr. 3,90 di iposolfito, cominciando dalla dose iniziale di gr. 0,1 ed aggiungendo giornalmente dieci centigrammi fino alla sesta iniezione, venti centigrammi nelle iniezioni successive.

La febbre cade dopo la prima iniezione per non ricomparire più: si attenuano progressivamente i fenomeni esantematici acuti e con abbondante desquamazione furfuracea la cute si normalizza nello spazio complessivo di circa due settimane.

CASO III. — Ragazza di anni 19. Sifilide secondaria. La dermatite compare alla sesta iniezione di salvarsan, caratterizzata da elementi eritemato-maculosi che rapidamente si diffondono, confluiscono e si generalizzano in grandi chiazze intensamente eritematose, pruriginose, brucianti. Temp. 38. Nello stesso giorno in cui si somministra l'iposolfito sodico (l'esantema si era già generalizzato), la temperatura scende a 36; alla seconda dose si nota impallidimento ed inizio di desquamazione delle chiazze. In questo caso si applicò localmente una pomata indifferente. Alla distanza di un mese si riprende la cura specifica con salvarsan, senza accenno a recidiva. La paziente, riveduta dopo tre mesi, ha conservato una soffusa pigmentazione della cute, nelle zone più intensamente eritematose, ma con tendenza a scomparire del tutto.

CASO IV. — Ragazza di anni 28. Sifilide secondaria. Entra in clinica con esantema eritemato-maculoso generalizzato, intervenuto durante trattamento con salvarsan (alla quinta iniezione). Temp. 38,1. La dermatosi risponde immediatamente alle prime due dosi di tiosolfato, prosciugandosi ed iniziando la desquamazione, mentre la temperatura scende sotto 37; alla quarta dose si sospende ogni ulteriore somministrazione e si ricomincia invece la terapia specifica che è benissimo tollerata. Non residua alcuna pigmentazione della cute.

CASO V. — Donna di 29 anni. Sifilide secondaria. Dopo 6 iniezioni di salvarsan e 5 di Bismogenol, si assiste all'insorgenza di violento e generale esantema morbilliforme, con temperatura elevata (39,2), grave edema generalizzato, sintomi subiettivi di dolore. Si procede a salasso e a lavaggio del sangue con immissione nelle vene di 150 cc. di soluzione fisiologica sterile; si applica una pasta all'ossido di zinco. Dopo una settimana dall'inizio della dermatosi, non essendo stata essa beneficata dall'intervento, si inietta la prima dose di tiosolfato sodico e si raggiunge successivamente la quarta dose. In due giorni il miglioramento si manifesta rapido: prosciugamento della cute ed in quarta giornata desquamazione intensa. Nel corso di una settimana la paziente è guarita dell'esantema; nessuna recidiva.

CASO VI. — Bambina di anni 5: sifilide secondaria acquisita. Dopo 10 iniezioni di neosalvarsan e 9 di Bilusal (Bayer) insorge una

dermatite maculo papulosa salvarsanica localizzata alla parte estensoria degli arti superiori. Si iniettano le prime quattro dosi, per bambini, di tiosolfato. La dermatite, che non si è diffusa si prosciuga e si risolve in 10 giorni con la completa guarigione. Nessuna recidiva alla ripresa della cura specifica.

Caso VII. — Ragazza di anni 21: sifilide secondaria: tubercolosi polmonare. S'inizia trattamento con frizioni mercuriali: alla seconda frizione compare un esantema scarlattiniforme che si generalizza nel corso di una giornata, accompagnato da alta febbre e da fenomeni imponenti di reazione organica: una grave stomatite complica il quadro. Una serie completa di iniezioni di iposolfito di sodio nelle vene modifica lievemente la sintomatologia; solo la febbre subisce una lieve remissione.

Dopo due settimane dalla comparsa dell'esantema, inizia una accentuata desquamazione in grosse lamelle, preceduta dall'impallidimento della dermatite e dal suo prosciugamento. Ma al tentativo di proseguire la cura specifica con bismuto, la dermatite si riacutizza e solo una intera serie di iniezioni di tiosolfato sodico può riportare miglioramento alla recidiva; la febbre soprattutto cade rapidamente.

Due settimane dopo la comparsa della riacutizzazione, ritornate quasi normali le condizioni della paziente, si iniettano le prime tre dosi di salvarsan. Ma alla terza insorge nuovamente una dermatite generalizzata che non risparmia che le piante dei piedi e che aggrava rapidamente le condizioni della paziente; all'esame delle urine, albumina + + +; temp. 39,7. La prima dose di gr. 0,3 di iposolfito sodico fa cadere la febbre di un grado, la successiva la porta a 37,1; l'edema si prosciuga nel corso di quattro giorni e la cute, dopo lenta desquamazione, riprende colore ed aspetto normale. Albumina —. Ritentata la somministrazione di salvarsan, si scatena nuovamente una recidiva, coi caratteri della precedente; una forte dose di iposolfito porta la temperatura alla norma, mentre la dermatite, su cute già profondamente tormentata, segue un lento decorso afebbrile, ma non intensamente influenzata dalle successive somministrazioni di tiosolfato.

A questa casistica, aggiungo un nostro recentissimo caso di purpura cerebri (encefalite emorragica) presentatosi in un bimbo di sei anni, subito dopo la seconda iniezione di gr. 0,10 di natriumsalvarsan: intervenuti a diagnosi precisata, con forti dosi di tiosolfato sodico nelle vene e per bocca, non si è potuta influenzare la rapidissima sintomatologia che ha portato all'esito entro le 48 ore.

Negli ambulatori della clinica di Bonn ancora sei casi di dermatite salvarsanica sono stati trattati con l'iposolfito di sodio con il miglior beneficio.

Questa casistica che ci proponiamo di continuare ed integrare con l'osservazione di nuovi casi che possano occorrere nella nostra clinica, ci induce ad un primo rilievo che è di benevola considerazione e valorizzazione di questo nuovo metodo di cura dei danni che specialmente il salvarsan provoca in alcuni organismi, e ci riserviamo un giudizio definitivo quando il controllo su largo materiale di osservazione, specialmente su intossicazioni per altri metalli, possa renderci persuasi dei limiti nei quali l'indicazione di questo intervento possa ottimamente beneficare l'individuo.

Quali fattori entrino in giuoco nella genesi dei frequenti esantemi da salvarsan, non sono esattamente ancora precisati. I reperti necroscopici non ci soddisfano e non concordano forse anche perchè il nostro progresso non è rilevante nella conoscenza anatomica delle alterazioni funzionali. Si tratta di funzione cellulare alterata per l'azione tossica del veleno o si tratta di deficiente capacità individuale ad elaborare ed eliminare questo veleno per condizioni di disquilibrio cellulare ed organico preesistente alla introduzione di esso? Hoffmann ed una serie di altri autori sono propensi a riporre in un disturbo epatico la causa prima della deficiente elaborazione ed eliminazione dell'arsenico; ma non sempre l'esame anatomo-patologico ha confermato tale rapporto. Su ipotesi di natura diversa [(alterata funzione intestinale e produzione di prodotti autotossici (Stern); natura anafilattica dell'esantema da salvarsan che si produrrebbe non per l'azione del salvarsan in sè, quanto per l'azione di prodotti tossici di ossidazione della sostanza nell'organismo (ossido-tossine di Stuhmer); specifica capacità di reazione dell'organismo (Jadassohn)] si è esercitata la fantasia degli studiosi, ma senza una soluzione probativa.

Sulla possibilità di una diagnosi differenziale fra dermatite da arsenico e dermatite da mercurio insorgente nel trattamento combinato, varie pure sono le interpretazioni. Ordinariamente l'idiosincrasia contro il mercurio comincia al principio della cura, mentre contro l'arsenico insorge dopo una certa accumulazione; non mancano però eccezioni a questa regola. Le gravi dermatiti di mercurio possono scomparire più velocemente che gli esantemi da salvarsan. Circa il decorso, secondo Kleeberg, sono da riferire al salvarsan: l'inizio al viso, efflorescenze giallo-oro simili all'eczema impetiginoso sulle pieghe articolari, edema del viso che successivamente si diffonde a tutto il corpo ed infine efflorescenze simili alla disidrosi alle estremità. Al contrario altri autori (Hoffmann, Krot, Soltmann, ecc.) sostengono che l'esantemá da salvarsan inizia di preferenza al lato estensorio delle articolazioni, accompagnato ordinariamente e precocemente da eritema pruriginoso, doloroso, bruciante alla palma delle mani ed alla pianta dei piedi, contro l'esantema da Hg. che si inizierebbe al lato flessorio articolare. Altre complicazioni, come stomatite, colite, nefrite parlano per il mercurio benchè si presentino qualche volta anche nel corso di una dermatite da salvarsan. A

proposito della eosinofilia alla quale alcuni (Mayr, Peters) attribuiscono valore diagnostico differenziale, avendola trovata di grado più elevato negli esantemi da Hg, Hoffmann afferma che nè la eosinofilia, nè le lesioni endoteliali delle pareti capillari, possono servire da diagnostico; maggior valore lo avrebbe invece il carattere di maggior umidità dell'esantema salvarsanico (essudazione sierosa giallastra, a volte molto abbondante). In casi dubbi prove cutanee o la somministrazione di piccole dosi, possono chiarire la diagnosi; ricordo infatti che Pick parla di ipersensibilità specifica della pelle, dimostrabile col contatto locale di soluzione acquosa al 5 % di salvarsan e Bloch, nel Congresso della Soc. Derm. Tedesca del 1923 in Monaco, conferma di aver pure osservato questa reazione positiva.

Riassumendo, possiamo fino ad oggi ritenere che l'iposolfito di sodio, influenza benevolmente il decorso degli esantemi da salvarsan; nella nostra clinica si interveniva ordinariamente con un buon salasso e successiva introduzione in circolo di 150 cc. di soluz. fisiologica ed applicazioni di pomate all'acido borico, all'acido salicilico, all'ossido di zinco, interventi che non erano seguiti da grandi risultati e che non impedivano le recidive. Trattando con iposolfito di sodio, non abbiamo avuto alcuna dermatite di ritorno, all'infuori del caso dove entrava in giuoco una spiccatissima idiosincrasia oltre che per il Hg, anche per il Bi e per l'As, forse mantenuta ed aggravata da uno stato allergico tubercolare.

Caratteristica è l'influenza che la temperatura subisce per l'azione del tiosolfato già alle primissime dosi. Se l'intervento è tempestivo, si impedisce l'estendersi dell'esantema e delle sue complicazioni, interrompendosi subitamente il decorso e facilitandosi la guarigione completa: può residuare, come nel caso 3, una lieve pigmentazione che gradatamente tende a scomparire. La cura specifica può essere ripresa anche a 10 giorni dal trattamento con iposolfito, senza notare recidive.

LETTERATURA.

W. L. BRIDE e C. DENNIE. Arch. of. Derm. and Syphil., n. 1, 1923.
LUMIÈRE e CHÉVROTIER. Acad. des Sciences, 1920.
SICILIA. Revue méd. de Sevilla, 1922.
RAVAUT. Presse méd., 1920.
CHEINISSE. Presse méd., 1921.
HOFFMANN e SCHREUS. M. m. W., n. 50, 1923.
HOFFMANN. D. m. W., 1921, pag. 1080.
KLEEBERG. Th. m. 1921.
SOLTMANN. B. Kl. W., 1921.
HOFFMANN ED. Derm. Zeit., 1922.
MAYR. A. D. S., 1921.
PETERS. B. Kl. W., 1921.
NATHAN. A. D. S., 1922.

RIVENDICAZIONI.

L'enterotropismo dei batteri.

A. Besredka e i suoi allievi vengono pubblicando, da vario tempo, una serie di ricerche relative all'affinità elettiva che alcuni batteri patogeni (tifici, paratifici, dissenterici, del colera) manifestano per le pareti dell'intestino, verso le quali questi germi si dirigono da qualsiasi parte del corpo.

I suddetti autori accreditano al Besredka la priorità della scoperta e si attribuiscono a vicenda gli sviluppi ulteriori di essa. Così di recente faceva Golovanoff (*C. R. Soc. Biol.*, 22 dicembre 1923) per quanto concerne il bacillo del colera.

G. Sanarelli (*C. R. Soc. Biol.*, 9 feb. 1924) rivendica l'idea iniziale e la dimostrazione sperimentale dell'interessante fenomeno. Fin dal 1892, negli *Annales de l'Institut Pasteur*, egli dimostrava che il virus tifico, anche iniettato sotto la cute, preferisce localizzarsi nell'apparato digerente e sovratutto nel tenue. Due anni dopo egli sviluppava ulteriormente questa concezione, in altre memorie ove affermava che l'infezione tifica non ha sede nell'intestino e che il bacillo di Eberth, penetrato nell'organismo da qualunque via, invade il sistema sanguigno e linfatico ma che le principali sue localizzazioni e manifestazioni hanno sede nell'intestino, dove esso ripete le lesioni del tifo umano.

Queste nuove vedute sulla patogenesi del tifo non passarono inavvertite: Thoinot e Masselin, Brouardel, Macé, Bouchard, Duflocq, Besson, Roger, Miquel e Cambier ed altri le accettarono e contribuirono alla loro diffusione.

Ad esempio, Ch. Richet e Saint-Girons dichiaravano, nel 1912: « L'enterite tifica era, 20 anni or sono, considerata da tutti come il tipo delle enteriti primitive. Un'altra ipotesi sulla patogenesi dell'enterite tifica fu emessa da Sanarelli. Questo autore aveva visto bene che la lesione intestinale nella febbre tifoide ha solo il valore di una localizzazione e per lui... la febbre tifoide non può essere considerata quale una malattia dell'intestino, allo stesso modo come il vaiuolo non può essere considerato quale una malattia della pelle ».

Oggi la nozione dell'elettività intestinale del virus tifico è divenuta banale; ma ciò non autorizza Besredka ed i suoi collaboratori ad attribuirsi una priorità scientifica che spetta ad altri.

Un allievo di Besredka, Masaki, descriveva (*C. R. Soc. Biol.*, 11 mar. 1922; *Ann. Institut*

Pasteur, mag. 1922), come se si trattasse di una novità derivata da osservazioni originali, le migrazioni del vibrione colerico iniettato nel peritoneo.

Ma le esperienze di Masaki sono la riproduzione integrale di esperienze riferite dal Sanarelli in una lunga memoria, pubblicata sugli *Annales de l'Institut Pasteur* circa un anno e mezzo prima!

Masaki affermava che, in esito alle sue ricerche, l'enterotropismo gastro-intestinale «messo in evidenza da Besredka per ciò che concerne i dissenterici ed i paratifici, si ritrova per il vibrione colerico»; ma egli non rileva che le pubblicazioni di Besredka non sol tanto sono posteriori di parecchi anni a quelle di Sanarelli sui germi del tifo, ma lo sono anche, di qualche anno, alla prima comunicazione del Sanarelli stesso sui germi del colera (*C. R. de l'Ac. des Sciences*, 17 marzo 1919), nella quale per la prima volta si usa l'espressione di *gastro-enterotropismo microbico*, si studia in modo completo questo fenomeno e si dichiara che, oltre ai germi del tifo e del colera, esso deve evidentemente valere per i dissenterici e per i paratifici. Il fenomeno è stato poi largamente illustrato dal Sanarelli.

Il tentativo di pirateria scientifica a danno del valoroso e geniale studioso italiano viene ad essere, così, sventato. A. Z.

SUNTI E RASSEGNE.

CUORE E VASI.

La rianimazione del cuore mediante le iniezioni intracardiache d'adrenalina nelle sincopi operatorie.

(PETIT-DUTAILLIS. *Journal de Chir.*, 1923, n. 6, dicembre).

Le iniezioni rianimanti intracardiache di adrenalina per la loro semplicità e per i loro successi, meritano in chirurgia speciale considerazione.

Il loro scopo è quello di portare immediata mente l'adrenalina, cardiocinetico molto attivo, in diretto contatto col cuore.

Quantunque la prima iniezione intracardiaca sia stata fatta dal Latzko nel 1904, salvo qualche altro tentativo in medicina in stato agonico o dopo morte che servì piuttosto a stabilire l'innocuità delle punture, il metodo ha avuto diffusione in chirurgia dopo il successo del Zuntz ottenuto nel 1919 in un caso di sincope per anestesia con Schleich.

Varii cardiocinetici sono stati sperimentati a questo scopo: la caffeina, la digitale, la stro fantina, l'olio canforato; ma tutti si sono mostrati meno efficaci e meno innocui dell'adrenalina.

In principio fu stabilito che l'adrenalina aveva un'azione rafforzante sui vasi e sul cuore (Szimonowcz e Gybulskis, Aliver e Schäffer).

Gattlieb precisò tale azione sul cuore costatando aumento di pressione per l'iniezione di adrenalina negli animali in vaso dilatazione da cloralio. Gatin-Gruzewka misero in evidenza la facoltà che ha la adrenalina di rafforzare le sistole e di aumentare la celerità dei battiti cardiaci in cuori isolati. Winter dimostrò che la circolazione d'una soluzione di adrenalina è capace di rianimare un cuore isolato e in paralisi da cloroformio.

Riconosciute tali proprietà dell'adrenalina, il Gottlieb e il Mocqut le sperimentarono negli animali per iniezioni endovenose onde rianimare cuori in paralisi da cloralio, da cloroformio, da potassio, associando il massaggio diretto. Fu costatato che occorreva una dose tanto maggiore quanto più distante era dal cuore la vena in cui si iniettava.

Il Crile pel primo applicò l'iniezione endovenosa nell'uomo usando 20-10 mgr. d'adrenalina. Per evitare l'alta dose il Crile e il Winterstein tentarono l'iniezione contro corrente arteriosa riducendo la quantità a 1-2 mgr. Il Winter quindi sperimentò negli animali l'iniezione introcardiaca, il Crile l'applicò sull'uomo e dopo di lui parecchi altri chirurgi.

Tecnica. — Il meccanismo d'azione dell'adrenalina non è ancora sicuro. Il Gottlieb ritiene che agisce sui centri autonomi del cuore e per raggiungerli non è indispensabile la via delle coronarie, ma basta la ricca rete linfatica del cuore.

Il contatto della sostanza con uno di questi centri determina le prime e irregolari contrazioni, le quali bastano a diffondere la sostanza e a regolarizzare il ritmo.

L'iniezione è stata spinta nella cavità ventricolare, nello spessore del muscolo (Esch), nello spazio pericardico (Henschen) con uguale effetto, ma l'iniezione più agevole e razionale è nella cavità ventricolare.

Nella puntura bisogna evitare la lesione dei vasi mammarii, del lobo polmonare cardiaco, dei vasi coronarii e del fascio di His.

Perciò in principio fu iniettata la sostanza nel ventricolo sinistro pungendo nel V spazio intercostale sotto il capezzolo.

Ma questa iniezione è difficile e pericolosa, per cui divenne di pratica comune iniettare nel ventricolo destro appena fu dimostrato che i benefici effetti sono uguali.

Secondo le osservazioni di Vogt e di Szubinski si ha la sicurezza di non produrre le

sopradette lesioni pungendo il ventricolo destro in piena faccia anteriore. Per ottenere ciò bisogna infiggere l'ago nel IV spazio intercostale nell'angolo formato dal margine dello sterno con quello superiore della V costola. Bisogna introdurre l'ago perpendicolarmente per 2-3 cm. quindi deviarne la punta verso la linea mediana fino ad incontrare una certa resistenza che è offerta dal cuore. Approfondendo per altri 4-5 mm. si penetra in cavità. Si è sicuri d'avere raggiunto la cavità quando il sangue affiora o lo si estrae aspirando.

Allora si inietta il farmaco lentamente.

La dose secondo il Crile va da 1 a 10 cc. di una soluzione all'1 ‰ d'adrenalina, ma questa sembra alta, bastano 1 o 2 cc.

L'azione dell'adrenalina è fugace, dura circa 30 m', perciò qualcuno ha voluto associarle la strofantina e la pituitrina.

Per la puntura si può adoperare un ago da anestesia lombare o locale molto sottile. Durante la puntura cardiaca si sospende la respirazione artificiale poi si riprende.

Dopo 30-60 m'' dall'iniezione sogliono tornare i battiti, dopo 2-5 m' suole tornare il respiro.

L'A. mette insieme 25 casi fin'ora pubblicati di applicazione del metodo in casi di sincope bleu e bianca da cloroformio, da etere, da miscele, da rachianestesia. In tutti i casi si ebbe ripresa dei battiti cardiaci per un tempo variabile.

In 6 di questi casi era stato tentato invano il massaggio diretto del cuore, nei rimanenti altri mezzi: massaggio esterno, iniezione endovenosa d'adrenalina, ecc. Si ha avuto sopravvivenza definitiva in 14 casi cioè nel 56 %.

Il successo dipende dalla durata dell'arresto del cuore. I sopradetti risultati definitivi si sono ottenuti per iniezioni praticate 4-6 m' dopo la paralisi, di là da questo tempo gli effetti sono stati transitori. Ciò sembra dipendere dalle gravi alterazioni anemiche dei centri nervosi, che secondo Bartelli non sono più riparabili dopo 10 m'. e secondo il Crile, nei cani, dopo un tempo anche più breve di circa 5 m'.

L'iniezione non lascia nessuna conseguenza anatomica.

Può seguire nelle prime 24 h. qualche disturbo nervoso: confusione mentale, agitazione, convulsioni, ecc.; ma questi sembrano piuttosto in rapporto con l'ischemia subita dai centri che con il farmaco usato, poichè possono aversi anche dopo rianimazione per massaggio diretto del cuore.

Il metodo per la sua semplicità, innocuità ed efficacia sembra superiore al massaggio diretto del cuore che secondo Mauclaire ha dato 15 successi su 68 casi; secondo Pieri 20 successi su 76 casi.

N.B. — Nella riunione di febbraio 1924 della R. Ac. Med. di Roma il prof. Bastianelli ha aggiunto un caso personale seguito da successo di rianimazione del cuore mediante iniezione d'adrenalina nel ventricolo destro, che propone di raggiungere mediante infissione dell'ago nel IV spazio intercostale sinistro sul margine superiore della V costola 3-4 cm. infuori dal margine sternale e con inclinazione verso la linea mediana.

A proposito di questo caso il prof. Baglione vorrebbe attribuire i benefici effetti dell'adrenalina non ad un'azione sui centri autonomi cardiaci, ma sui centri bulbari del cuore e del respiro. In questa ipotesi la puntura diretta del cuore avrebbe l'effetto di stimolare qualche debole contrazione che basta per spingere la sostanza ai centri nervosi.

S. GUSSIO.

Trombosi della vena centrale della retina.

(A. GREENWOOD. *Journ. A. M. A.*, 12 gennaio 1924).

Talora si osserva nei pazienti di malattie cardiovascolari. È una delle cause di cecità monoculare.

Ne diedero il quadro oftalmoscopico Liebreich nel 1855 e poi Graefe, Jaeger, Michel. Il disco papillare e la retina sono suffusi di sangue, i limiti della papilla non sono ben definiti. All'intorno vi sono piccole emorragie di tinta più o meno scura. Le arterie appaiono sottili, le vene enormemente dilatate, tortuose, e scure. La colonna sanguigna delle vene appare spesso interrotta. La macula è pallida, giallo-grigiastra, con emorragie. Se l'ostruzione non è completa, le emorragie sono più scarse. È generalmente visibile un certo edema della retina e della papilla, e talora delle chiazze biancastre di degenerazione o di essudato, che talora fanno pensare a una retinite emorragica.

Emorragie si possono avere anche per lesioni delle sole arterie, ma in tal caso manca di solito l'ingorgo delle vene.

Se è ostruita una branca l'alterazione appare confinata nel suo territorio.

La trombosi ha sede per lo più a livello della lamina cribrosa.

Causa più frequente è la compressione esercitata sulla vena dall'arteria sclerosata: devono però concorrere altri fattori (endoflebite) per render conto della scarsa frequenza della trombosi in confronto delle frequentissime al-

terazioni arteriosclerotiche. Oltre le malattie di cuore, già ricordate, anche le alterazioni della crasi sanguigna possono cagionare la trombosi delle vene retiniche. Qualche caso fu osservato in seguito ad attacchi di dissenteria bacillare, o di malaria, e pare anche in seguito ad alterazioni nasali.

Un esito frequente della trombosi completa è il glaucoma, che porta quasi sempre all'enucleazione dell'occhio.

Riguardo alla prognosi, se la trombosi è nella vena centrale bisogna praticamente abbandonare ogni speranza di *restitutio ad integrum* della visione, se nelle branche c'è da bene sperare. Nessuna deduzione prognostica si può fare riguardo alla probabile durata della vita, poichè il reperto a tal riguardo non ha più valore che la costatazione dell'arteriosclerosi.

Il trattamento spesso dà, in un periodo precoce, un notevole miglioramento, o almeno un arresto dei sintomi: in secondo tempo deve proporsi di prevenire il glaucoma. In primo tempo giova il nitrito d'amile, i nitriti in genere, le purghe, la pilocarpina, per la sudorazione che provoca; in seguito giovano i ioduri. Non si useranno mai i midriatici, ma è bene usare abitualmente colliri miotici: i midriatici possono provocare il glaucoma.

L'A. riferisce otto casi personali. Osserva che nel glaucoma che segue alla trombosi della vena centrale della retina l'iridectomia è di poco o nessun giovamento, e che nella maggior parte dei casi si è poi costretti all'enucleazione.

DORIA.

Simpaticectomia periarteriosa e ulcere varicose delle gambe.

(BARDON-MATHEY-CORNAT. *Lyon Chir.*, n. 6, 1923).

Gli AA. hanno applicato il metodo a 13 casi di ulcere varicose delle gambe a tipo « complesso », cioè antiche, atoniche, callose, complicate ad eczema, a disturbi trofici e funzionali gravi, ribelli a qualsiasi metodo terapeutico, alcune anche ad operazioni.

Prima dell'operazione gli infermi erano tenuti a riposo a letto per una media di 20 g. per vedere gli effetti di questo metodo terapeutico, con esso però non si otteneva nessuna cicatrizzazione o una cicatrizzazione estremamente lenta con rapida recidiva dell'ulcera.

Gli infermi erano tutti soggetti dai 53 ai 69 anni, arteriosclerotici, sottoposti a lavori faticosi; terreno perciò poco adatto alla simpatectomia.

Tecnica. — L'operazione era eseguita sia alla base che all'apice del triangolo di Scarpa: nel primo caso l'arteria è più superficiale, quindi più accessibile, ma la presenza della biforcazione della f. profonda, dell'otturatoria e dell'a. del quadricipite rendono lo scollamento più difficile e il danno più grande se si deve procedere poi all'allacciatura. Perciò è preferibile l'intervento all'apice del triangolo. Si sono trovate sempre delle arterie nodose, sclerotiche, tortuose. Durante l'atto operativo è difficile risparmiare le collaterali posteriori, le quali, se rotte, inondano il campo operatorio. Per la decorticazione posteriore riesce utile aiutarsi col Descamps. Lo scollamento era praticato per 6-8 cm., però nonostante tutte le attenzioni gli AA. pensano di non essere riusciti mai a compiere una decorticazione ideale, completa.

Incidenti. — Gli AA. ricordano tra i principali: 1° una perforazione minuscola quanto una testa di spillo della parete anteriore dell'arteria femorale, fatta colla punta delle forbici e che necessitò una legatura laterale; 2° un caso di suppurazione, seguito da emorragia secondaria della femorale che costrinse alla legatura dell'arteria e vena femorale superficiale; 3° un caso di perforazione dell'arteria che fu subito suturata e seguita da ematoma aneurismale diffuso, che impose l'allacciatura.

Decorso. — Nelle prime ore si aveva una vasocostrizione, il polso era difficilmente percettibile; dopo la 12ª-36ª ora succedeva una fase di vasodilatazione, con ipertemia manifesta, controllata col termometro di Peter (4-8/10°), aumento della pressione massima, dell'indice oscillometrico, abbassamento della pressione minima.

In alcuni ammalati questi effetti furono quantitativamente minimi. Però in tutti i casi è stata netta l'impressione di calore, di benessere e di ritorno alla vita dell'arto inferiore.

Quanto al *processo di cicatrizzazione* si notava che rapidamente le ulcere mutavano aspetto, il fondo diveniva granulante, umido, con isolotti di epidermizzazione centrali e rapido progresso concentrico dei margini dell'epidermide.

Il tempo di cicatrizzazione era generalmente breve e variante secondo le dimensioni dell'ulcera da *6 a 35 giorni*, senza essere strettamente proporzionale.

La qualità della cicatrice è ottima, molle, non dolorosa, chiara.

La sensibilità cutanea rimane immutata.

Risultati immediati eccellenti.

Risultati precoci (meno di un anno) un po' inferiori ai precedenti: dal 3° al 7° mese *9* ulcere non si erano riaperte, *4* hanno recidivato dal 5° al 7° mese.

Risultati lontani (più di un anno) non sono ancora stabiliti perchè le operazioni troppo recenti. Tuttavia gli AA. riportano 3 casi rimasti guariti dopo 1-2 anni e 1 anno e mesi.

G. MATRONOLA.

Autoplastica dei grossi vasi sanguigni a scopo di stenosi.

(I. NASSETTI. — *Archivio Italiano di Chirurgia*, febbraio 1923).

L'A. ha praticato la stenosi di grosse arterie e vene con un metodo già adoperato da Muscatello e quasi contemporaneamente a lui da Zepelloni escidendo una porzione elittica longitudinale della parete del vaso sulla base di 4 fili orientativi e suturandola nel senso dell'asse del vaso. Con questo metodo egli ha visto che è possibile ottenere sperimentalmente con molta approssimazione un determinato restringimento del lume di un grosso vaso, che può raggiungere i due terzi senza che la funzione venga ad essere compromessa.

Nelle arterie quanto più grande è il calibro e quanto più forti sono la pressione e la velocità del sangue, tanto minore diventa il pericolo della trombosi. Egualmente nelle vene la probabilità di successo si presenta maggiore nelle grandi.

Riguardo alla stabilità del restringimento, nelle arterie, quando la stenosi è stata forte, si verifica una tendenza del lume stenotico a dilatarsi, che perdura probabilmente fino a che non si è ristabilito un equilibrio funzionale circolatorio per mezzo delle collaterali, però dopo un periodo di 4 mesi il vaso arterioso conserva un grado di stenosi non molto diverso da quello artificialmente prodotto. La forma che la plastica diede al lume va gradualmente e lentamente modificandosi: il passaggio dal cono di restringimento alla porzione cilindrica finisce per compiersi in modo del tutto uniforme.

Questo metodo di autoplastica appare più razionale e più chirurgico di quelli a compressione con pinze, lacci o manicotti e della plicatura e nei risultati sperimentali è indubbiamente superiore. Su questo sono d'accordo anche i risultati dello Zapelloni.

Ma se si considera che una plastica così fatta può offrire dei pericoli per la *trombosi* o l'*emorragia secondaria*, quando la parete del vaso sia alterato, si dovrà riconoscere che essa non potrà avere nella clinica che limitate indicazioni, forse più limitate dei metodi meno aggressivi della costrizione e della plicatura.

G. MATRONOLA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. CAPONE. *La dottrina psicoanalitica di Freud.* Prezzo L. 7.50. Editore Zanichelli, Bologna.

Questo fascicolo delle *Attualità Scientifiche* dirette dal prof. Lustig ha lo scopo di dare un riassunto della dottrina psicoanalitica. È una esposizione obbiettiva, scevra di commenti e di critiche.

Le pubblicazioni come quella del Capone, anche se non soddisfano a pieno perchè molto sintetiche, hanno il merito di incitare allo studio delle concezioni freudiane, che, malgrado le esagerazioni e le aberrazioni dei fanatici zelatori, hanno nuclei di verità e comunque destano un enorme interesse.

Dr.

BLONDEL. *La Psychanalyse.* Prezzo Fr. 9. Editore Alcan, Parigi.

In Francia, dove la dottrina freudiana ha trovato la maggiore resistenza, la psicanalisi si va ora diffondendo grazie alla pubblicazione di numerose esposizioni critiche. Questa del Blondel se è la più recente non è la più completa. Tuttavia si nota su le precedenti il vantaggio della maggior chiarezza e di una critica garbata e sottile, che mette in evidenza ciò che v'è di sodo e di arbitrario nel sistema freudiano.

Dr.

A. JONA e A. LUSSO. *Conversazioni col malato nervoso.* Un vol. di pag. 209. F.lli Bocca editori, Torino, 1924. Prezzo L. 12.

Questo libro è destinato ad essere per i malati nervosi un fido consigliere, che, nei momenti di profondo sconforto e di desolata amarezza, può dar loro un po' di serenità e di speranza. Gli AA. espongono dapprima a grandi tratti la teoria educativa e si diffondono alquanto su due temi che hanno con essa stretto rapporto, quali l'isterismo e l'amore. Entrano poi nel vivo dell'argomento, parlando dei problemi che più direttamente interessano il malato, cioè l'adattamento, l'ipersensibilità, le manie, i dubbî, la volontà, per dimostrare la natura dei mali che affliggono il nervoso, indirizzandolo verso quella quiete dello spirito che è la sua guarigione. Da ultimo sono esposte le norme generali di profilassi e di cura delle psiconeurosi.

Il libro si legge tutto con grande interesse e sarà indubbiamente utile non per i soli malati, ma anche per il medico stesso, specialmente per il pratico il quale, più spesso che non lo specialista, si trova a contatto con i deboli nervosi ai quali deve dare consigli e prescrivere il tenore di vita. I capitoli sulla febbre dei

decimi, sulle dispepsie, la stitichezza, sui parenti dei malati nervosi colpiscono giusto, mentre in quello sulla formola per viver bene troviamo una concezione serena della vita che dovrebbero meditare anche quelli che si ritengono ben lungi dall'essere nervosi.

La larga e favorevole accoglienza che incontrerà questo libro dall'apparenza così piana e semplice, come si addice ad una bonaria conversazione, sarà certamente apportatrice di reali benefizî a questa categoria di malati.

fil.

LA CARA. *La base organica dei pervertimenti sessuali.* Prezzo L. 8. Editori Bocca, Torino.

In questo volume, che è alla seconda edizione, l'A. espone i tentativi di spiegazione dei pervertimenti sessuali. La teoria che più persuade il La Cara è quella organica, per la quale ogni pervertimento della funzione sessuale è determinato dall'aberrata innervazione dei genitali o da difetto delle vie di conduzione. Tuttavia egli nella patogenesi dei pervertimenti fa posto anche all'isterismo, all'epilessia ed ai disturbi endocrini. Il lavoro si chiude con un interessante capitolo su la profilassi sociale dei pervertimenti.

Dr.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

GIOVANNI GALLI. *La prova di Valsalva nella sua azione sui movimenti del cuore e come mezzo di arresto degli accessi di tachicardia par.* — Gazz. Osp. e Clin., 1923, 71.

ID. *Miocardio sistema nervoso e psiche.* — Riv. Osp., 1923, 9.

ID. *Del riflesso faringeo-esofageo-cardiaco.* — Le mal. di cuore, 1923.

ID. *Contributo allo studio della nevralgia della lingua ed alla sua cura.* — Gazz. Osp. e Clin., 1923, 97.

ID. *Ulteriore contributo allo studio della bradipnea spontanea e provocata.* — Atti Soc. Lomb. di Scienze med. e biol., 1923, XII, 3.

ID. *Un doppio trequarti per l'evacuazione degli edemi periferici.* — Atti Soc. Lomb. di Scienze med. e biol., 1923, XII, 3.

ID. *Sobre la alternacion auricular.* — Archivos de cardiologia y hematologia, 1923, 12 dicembre.

ID. *Bradipnea espontànea y provocada.* — Archivos de cardiologia y hematologia, 1924, 2 febbraio.

ID. *L'escalier respiratoire après l'épreuve de Valsalva.* — Arch. int. de Physiol., 1923, 31 dic.

ID. *Deuxième contribution sur les oscillations. Coeur alternant d'origine bulbaire.* — Arch. mal. du coeur, 1924, I.

ID. *L'aumentare continuo delle malattie della circolazione è un problema d'interesse generale. Come possiamo provvedere?* — Soc. Lomb. di Scienze med., 1924, 21 aprile.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XIII Congresso Ostetrico Ginecologico.

Napoli, 5-6 maggio 1924.

Nella Seduta inaugurale è presa l'occasione per la inaugurazione di un busto marmoreo al Senatore prof. OTTAVIO MORISANI. Parlarono nella solenne commemorazione del grande Maestro dell'Ostetricia italiana, il rappresentante del Comune, dell'Università, della Facoltà medica, il Presidente della Società prof. Guzzoni, il prof. sen. Pestalozza, il prof. Faure di Parigi, il prof. Miranda, Presidente del Congresso, già allievo, ora successore del prof. Morisani.

***

Nella *Seduta scientifica* fu letta la

RELAZIONE I.

Sulla sifilide degli organi sessuali femminili.

Prof. CAPPELLANI (Messina), *relatore.* — Ginecologi e sifilografi trascurarono l'argomento, così furono possibili errori di diagnosi (neoplasmi in luogo di lesioni gommose od ulcerose, metrite senile in luogo di angiosclerosi uterina luetica).

Il R. si occupa esclusivamente dell'anatomia patologica e della sintomatologia clinica della sifilide genitale muliebre.

Sifilide dei genitali esterni: Le forme iniziali dei genitali esterni sono così elencati dal R.: 1) sifiloma erosivo; 2) papuloso desquamante; 3) ulcus elevatum; 4) sifiloma crostoso; 5) sifiloma nodoso indurato; 6) ulcera terebrante. Notevole, che questi non rari sifilomi spesso mancano dell'induramento basale così caratteristico nell'uomo.

Le *manifestazioni secondarie* hanno aspetto differente sulla mucosa da quelli sulla cute: i condilomi piani vulvari sono un po' sollevati e rossastri — quelli cutanei talora sono verrucoidi e papillomatosi ed allora la diagnosi è difficilissima.

Le *forme terziarie dei genitali esterni* non infrequenti possono essere confuse con l'epitelioma, l'estiomene, il lupus della vulva. Il sifiloma ipertrofico diffuso vulvare (FOURNIER), è difficilmente riconosciuto.

Sifilide della vagina. — Le sifilosclerosi della vagina sono raramente ricordate: non è detto se perchè veramente rare o perchè raramente diagnosticate a causa della loro ubicazione e della loro strana morfologia. *Sifilomi iniziali* microscopici formati da 40-50 plasmacellule e linfociti (ANDRY e CHATELLIER) possono sfuggire alla paziente ed all'osservatore. Le manifestazioni secondarie sono costituite da condilomi piani che rassomigliano a quelli della cute. Le *manifestazioni terziarie:* (1° gomme circoscritte, 2° infiltrati diffusi, 3° gomme sclerotiche, 4° gomma fulminante) si prestano ad errori di diagnosi.

Sifilide dell'utero. — Notevole il contributo degli Autori italiani. Il *sifiloma primario del collo* è raro, non sappiamo se in modo assoluto o relativamente alla difficile osservazione ed alla sua rapida guarigione. Di solito è unico, di rado doppio o triplo (FOURNIER-LE PILEUR), di solito sta sul carello anteriore; presentasi in forma papulo-

erosiva od ulcerosa. SKUTUL descrive una forma erosiva limitata, falciforme, arrossata. Per il R. la forma tipica del collo è la papulo-erosiva, che può esser confusa, senza la biopsia od il criterio della cura, col cancro.

Le *forme secondarie* sarebbero *sul collo* (OZENNE): 1) l'eritematosa; 2) l'erosiva; 3) l'ipertrofica esulcerativa; 4) la papulosa; 5) l'ulcerosa, da altri non sempre ammesse.

Le *manifestazioni terziarie* dal R. sono ridotte a tre: 1) ulcerosa; 2) gommosa; 3) sclerotica: talora di diagnosi così difficile che neanche l'esame istologico vale a differenziarle da altre forme morbose (MEYER).

Nel *corpo dell'utero* sono specialmente descritte le *forme terziarie*. Il R. pensa che vi debbano esistere anche le forme primarie e secondarie.

Le forme terziarie descritte sono: 1) la gommosa; 2) la sclerotica; 3) la ulcerativa fungosa. La forma gommosa può esser diffusa o circoscritta. La sclerotica è ipertrofica o atrofica. La fungosa dà luogo ad aumento di volume dell'utero con endometrio ispessito ed infiltrato di elementi embrionali. Il R. crede che questa ultima forma possa presentarsi anche in periodo secondario.

Sintomi della sifilide uterina: *dolore, emorragia*, che — esclusa precedenza o presenza di altri processi morbosi — debbono far pensare alla sifilide. Prima si hanno menorragie, poi metrorragie atipiche non gravi per solito, raramente così gravi da compromettere la vita. Si possono avere anche amenorree che guariscono con la cura specifica. Metrorragia *sine materia* è il sintoma obbiettivo caratteristico.

Il *dolore* non è sempre presente: è ipogastrico, sordo, gravativo. È sempre risvegliato con la esplorazione lungo le arterie uterine o negli annessi che però risultano senza lesione apprezzabile. *Perdite genitali abbondanti, icorose*, di *cattivo odore*, che non trovano ragione anamnestica od obbiettiva debbono far pensare alla lue — non sempre sono presenti.

Clinica e laboratorio ci sono utili alla diagnosi, sebbene talora (casi di NEISSER e NAGY) l'indagine istologica può non dare indicazioni utili. Allora bisogna attendere la diagnosi solo dalla terapia specifica.

Sifilide delle salpingi: Fu segnalata la prima volta in una eredoluetica di sette mesi nel 1856 da BALLANTYNE e WILLIAMS. Non si hanno naturalmente forme primarie; non sono conosciute per difetto di osservazione forme secondarie. Le manifestazioni descritte sono terziarie: catarrale, gommosa, sclerogommosa, sclerocistica. Sintomi: luecorrea, meno- e metroragia, dolore: nulla di caratteristico. Una fase congestiva (trombe bleu, grosse, dolenti) forma ipertrofica; una fase atrofica indolente (tromba rigida, dura, cordoniforme).

Sifilide dell'ovaio: forme secondarie e terziarie. LAFFONT descrive una forma congestiva iniziale, poi l'ovarite si fa acuta, quindi ovarite gommosa a noduli disseminati, conglomerati, infiltrati o confluenti (gomme miliari o voluminose). Così si hanno forme sclerotiche, sclerogommose, sclerocistiche e l'atrofica sclerotica pura, ad isole prima poi globale. Sintomi non caratteristici: dolore, leucorrea, emorragie, amenorrea. JOUEN dice: tumefazione degli annessi, mobili, poco dolorosi, fanno sospettare lue tubarica od ovarica e guidano alle ricerche.

Ricerca batteriologica, sierologica, istologica e terapeutica gioveranno alla diagnosi della sifilide genitale femminile, poco potendoci fondare sulla sintomatologica che non è affatto caratteristica. Saranno sufficienti quelle ricerche sempre? Non quella della spirochete non sempre positiva. Non sempre quella sierologica, come già biologia e sifilografia ci hanno mostrato, ed a causa di speciali stati fisiologici della sfera genitale. Meglio vale la ricerca istologica per quelle sezioni dell'apparato genitale raggiunte col bistury o col cucchiaino tagliente per biopsia.

Deve tenersi memoria della eredolue con manifestazioni genitali, meno rare di quanto si creda, che all'inizio dell'età pubere dànno anemia, dismenorrea, meno-metrorragie infrenabili, che cedono solo alla terapia specifica.

Dott. MANLIO BONANNO (Napoli). — L'O., in base allo studio anatomo-patologico di 33 casi di sifilide genitale, richiama l'attenzione sulla relativa frequenza della localizzazione morbosa, sulla povertà di sintomi, che induce a frequenti errori diagnostici, e sulle varietà istologiche alle quali può dar luogo. Talora l'unica sintomatologia è data da menorragie e metrorragie insensibili ad ogni cura (vascolite), che non sia la specifica.

Forme anatomiche: granulomatosi plasmacellulare, plasmosi polipose — forme granulomatose croniche (gomme) — jalinosi; le quali ultime possono persino condurre ad errore, perchè non traggono beneficio dalla cura specifica.

Discussione alla 1ª relazione.

Prof. COVA (Palermo). — Riferendosi alla sua relazione sulle metriti emorragiche, egli crede che nella loro genesi come in quella della menopausa la sifilide abbia parte limitata. Maggiore parte ha la disfunzione ovarica.

Dott. DE PACE (Brindisi). — Ricorda due casi di sifilide genitale femminile: uno con grosse tumefazioni annessiali, un altro nel quale la cura mercuriale non dette buoni risultati. Si propose di tentare il raschiamento pensando ad una forma superficiale dell'endometrio. D'importante ha notato nel primo caso una tarda menopansa (55 anni) contrariamente alle affermazioni del R. che dicono più facile l'amenorrea.

Prof. DECIO (Cagliari). — Conferma col R. che la ricerca istologica per la diagnosi della sifilide genitale femminile ha la massima importanza — minima quella sierologica o quella del treponema.

Prof. GELLI (Firenze). — Ricorda un caso di sifilide genitale femminile illustrato nel 1896. Fa notare l'importanza della cura specifica a scopo diagnostico.

Prof. CIULLA (Palermo). — Non crede che leucoplasie del collo uterino possano escludersi dalle

forme sifilitiche. Ne riferisce un caso. Domanda al R. se a lui risulti che le sifilitiche genitali abbiano più frequente la gravidanza bigemina. Crede anche egli che, oltre che leucorree blenorragiche (tanto più frequenti) si possano avere leucorree da localizzazioni genitali nelle bambine eredoluetiche.

Prof. Pestalozza (Roma). — Ricorda un caso di isterectomia per metrorragie ripetute credute legate e fibromatosi diffusa, che poi furono meglio messe in rapporto con la lue. Casi di questo genere fanno vedere la necessità di indagare eventuali precedenti sifilitici nelli'nterpretazione di talune forme di metriti emorragiche e specialmente prima di interventi operativi.

Prof. Ferroni (Firenze). — Le manifestazioni sifilitiche primarie del meato urinario possono simulare il prolasso della mucosa uretrale in necrosi: ricorda un caso. Non sono rare le forme primarie e terziarie dell'utero. La diagnosi differenziale col carcinoma risulta quasi sempre con l'esame istologico. Quando questo resti dubbio, il criterio terapeutico ne soccorre sempre. Per le forme luetiche del corpo uterino, le metrorragie se non sono legate a rilievi obbiettivi evidenti e se si dimostrarono ribelli alle abituali cure e specie alle opo- e roentgenterapiche, fa praticare la reazione di Wassermann talvolta con risultato positivo. Del resto, anche se la reazione in tali forme è negativa, fa praticare la cura antiluetica. Queste conclusioni non debbono toglier valore alla esistenza delle forme metrorragiche da disfunzione ovarica (metrorragie sine materia).

Prof. Oliva (Genova). — Ricorda un caso nel quale il buon risultato della cura antiluetica, attuata, non ostante la negatività della reazione di W., per una lesione sanguinante del collo, gli fece evitare la isterectomia per l'esclusione della diagnosi di neoplasma.

Prof. Cappellani (Messina), *relatore*. — Risponde: circa le forme uterine metrorragiche sine materia che, se è vero che non tutte siano sifilitiche, è bensì vero che anche con R. W. negativa molte di esse sono sifilitiche. Crede che non possono esser denegati sifilomi intrauterini, specie quelli che si dicono costituiti appena di 50-60 elementi cellulari rilevabili solo al microscopio. Non crede esatto affermare che ogni leucoplasia genitale sia di natura sifilitica.

Relazione II.

Patogenesi e terapia dell'eclampsia.

Prof. Acconci (Parma), *relatore*. — Ricorda le varie teorie sulla patogenesi dell'eclampsia, facendo largo campo alla storia della malattia. Espone una sua nuova concezione che si basa sui principi fondamentali dell'assimilazione della citodieresi e della simbiosi, sui quali Giglio Eos ha edificato la sua opera sui fenomeni fondamentali della vita.

Nella simbiosi gravidica il R. considera la madre, il feto, e fra essi la placenta. Nella *madre* considera l'armonia simbiotica dei suoi vari organi col proprio mezzo interno risultante dallo scambievole contributo dei prodotti di secrezione cellulare. L'*organismo fetale* costituisce a sua volta un altro sistema simbiotico indipendente dal primo che costituirebbe il suo mezzo esterno. Nell'organismo fetale si ha la stessa corrispondenza del proprio mezzo ambiente interno con i vari organi e tessuti che lo costituiscono. Nella *placenta* si hanno elementi ovulari costretti a svolgere la loro attività fetale in un mezzo interno, che non è il proprio, appartenente all'organismo materno. La vita così del trofoblasto sinciziale è in uno stato di equilibrio instabile, precaria, ed il suo accrescimento irregolare, mutevole.

Il parto così potrebbe considerarsi come un fenomeno di autoselezione nei rapporti dell'organismo materno, che tende ad eliminare gli organi che non sono compatibili col suo mezzo interno, e così il termine della gravidanza rappresenta il momento in cui anche normalmente lo stato di equilibrio funzionale raggiunge il suo limite massimo. L'eliminazione dell'ovo nel parto rappresenta così la successione più normale e più favorevole in rapporto a questo particolare stato di alterazione e di rottura del normale armonico equilibrio funzionale della nuova unità simbiotica (madre e feto in via di sviluppo). Meno favorevole successione si ha quando nella placenta si hanno processi di assimilazione e quindi fatti proliferativi disordinati ed esagerati, oppure predominio di fatti disintegrativi con degenerazione e necrosi. Nel primo caso si avranno nella madre alterazioni meccanico-tossiche per invasione nel suo organismo di elementi coriali proliferanti (mola vescicolare corion epitelioma) e forme tossiche (autointossicazioni gravidiche, eclampsia puerperale).

Eclampsia e corion-epitelioma, così, sarebbero le più importanti manifestazioni della rottura dell'equilibrio funzionale organico gravidico. Ambedue sono legate allo sviluppo di tessuti ovulari di nuova formazione, e più precisamente di quelli extraembrionali che vengono a costituire come la saldatura fra il nuovo essere in via di sviluppo che afferma i suoi diritti alla vita e l'organismo materno che difende i diritti della sua esistenza. Se la mia concezione è giusta, ambedue rappresentano stadi, aspetti e momenti diversi di uno stesso processo: quello per cui si determina quella progressiva modificazione del mezzo ambiente interno, del plasma materno, che, se è necessaria conseguenza e condizione indispensabile alla vita ed allo sviluppo di tali tessuti di nuova formazione, che sono venuti ad innestarsi nell'armonica unione simbiotica dei vari organi materni, dovrà necessariamente portare ad una profonda ripercussione su tutti gli organi e tessuti materni, e talora anche sul modo di accrescersi e sulla *vita* stessa di tali tessuti ovulari come sullo stesso embrione.

A seconda poi che da tale squilibrio funzionale ne risulterà maggiore o minore lesione anatomica e funzionale a carico di un organo o dall'altro avremo:

nelle ordinarie manifestazioni gravidiche il predominio di questo o quel sintoma o il parti-

colare accentuarsi di uno dei comuni fenomeni gravidici, senza che ad esso possa darsi l'importanza di un vero fatto morboso;

nelle forme di autointossicazione gravidica tutta la ricca varietà di forme con cui esse possono presentarsi, dalle albuminurie alle anemie perniciose, dall'ittero all'atrofia giallo-acuta del fegato, dalla scialorrea al vomito incoercibile, alle dermatosi tossiche, ecc.

Corrispondentemente al modo di evolversi di questo particolare processo di instabile equilibrio materno ovulare prima, di intossicazione poi, la *terapia* dovrà adattarsi alle varie fasi attraverso cui esso passa, fasi che costituiscono come altrettante tappe nella progressiva disorganizzazione funzionale del complesso simbiotico materno-ovulare.

Con le norme dietetiche ed igieniche, con la regolarizzazione delle funzioni intestinali, attivando i processi di ossidazione, essa cercherà anzitutto di evitare l'insorgenza dei primi fatti di squilibrio funzionale. Quando questi siano già in atto con una più attiva terapia disintossicante, cercherè di arrestarne la progressione. Quando questo non si riesca ad ottenere, ed i fatti d'intossicazione, di alterata funzione renale (albuminuria, cilindruria, edemi) persistano o compaiano i primi stadi più gravi dell'intossicazione, la terapia dovrà provvedere a determinare artificialmente la rottura di quella simbiosi gravidica, che è già in stato di crisi, riproducendo così ad arte quell'autoselezione che spesso riesce automaticamente a salvare la posizione ed a ristabilire lo equilibrio turbato, e la cura in questo periodo, colpendo la causa, l'origine del processo, potrà esplicare tutta la sua efficacia.

Quando già la disorganizzazione funzionale dell'organismo materno sia progredita ed il quadro eclampsico sia iniziato, potrà ancora la cura causale, l'interruzione della gravidanza portare qualche vantaggio, ma la cura dovrà allora seriamente preoccuparsi di correggere e riequilibrare il turbato ricambio materno.

Quando questo, già profondamente sconvolto, domini la situazione e la sintomatologia eclampsica abbia raggiunto il suo massimo sviluppo, la cura non potrà più arrivare a colpire in pieno il processo, che avrà oramai rotto ogni barriera. La cura — pur cercando se è possibile di eliminare la causa prima — sarà prevalentemente sintomatica.

Le linee generali della cura sono la stretta derivazione dei concetti patogenetici della intossicazione.

L'efficacia del metodo attivo non era dimostrabile quando esso veniva applicato in ogni periodo del processo morboso con mezzi i più disparati ed anche i meni adatti. È come se nella terapia chirurgica del carcinoma uterino non si tenesse conto della diversa diffusione del processo e si pretendesse di valutare l'efficacia terapeutica di tal mezzo curativo dall'insieme dei risultati ottenuti. È per questo che gli oppositori in questi ultimi anni hanno potuto trovare buon giuoco nel tentativo di demolizione della terapia attiva e dei principii ai quali essa si inspira, basandosi sui risultati statistici e sulla mortalità complessiva ottenuta con tali sistemi.

L'aver fissato dunque le indicazioni dei vari mezzi terapeutici, stabilendo il necessario parallelismo fra questi e le varie fasi attraverso le quali si svolge il processo morboso, e l'indispensabile legame fra genesi e cura, l'aver dimostrata l'efficacia dell'interruzione della gravidanza, l'aver ridato a questo mezzo terapeutico tutta la sua importanza di cura causale, stabilendone i limiti e le indicazioni e la caratteristica maggiore del quadro terapeutico tracciato dal R.

La diluizione del siero di sangue nelle albuminuriche e nelle eclamptiche.

Dott. G. Albano (Roma). — In 24 eclamptiche e in 10 albuminuriche l'O. ha studiato, col refrattametro di Pulfrich, la diluizione del siero di sangue. Mentre per lo più l'indice di refrazione era abbassato, talora raggiungeva valori normali, sicchè, si ritiene autorizzato a concludere contro la teoria dello Zangenmeister, di una costante idremia in tali stati patologici.

Il trattamento dell'eclampsia nell'Istituto ostetrico-ginecologico di Milano ed il taglio cesareo vaginale.

Prof. Fossati (Milano). — Parla del trattamento dell'eclampsia nell'Istituto di Milano, riferendo intorno ai diversi metodi di *cura medica* e *chirurgica* praticati, e dei risultati avuti su 450 casi trattati. Nella Clinica di Milano l'O. ha fatto larga parte al taglio cesareo vaginale (40 casi) con brillanti risultati. Parla delle indicazioni in genere per questa operazione anche in rapporto al momento della malattia.

Discussione alla 2ª relazione.

Prof. Pestalozza (Roma). — La teoria patogenetica dell'eclampsia esposta dal R. con ingegnosa applicazione di principii di filosofia naturale, riporta a leggi generali biologiche il concetto fondamentale patogenetico che delle autointossicazioni gravidiche venne patrocinato dall'O. da un trentennio — oramai ovunque adottato. È naturale che a graduali lesioni placentali corrispondano graduali fatti clinici. Trova che non è facile sempre però scoprire quelli che stabilirebbero il momento dell'interruzione della gravidanza prima dello scoppio dell'attacco eclamptico.

Prof. Costa (Novara). — Lo stato preeclamptico può esser rilevato dalla reazione novocainica dell'O. introdotta — se essa avviene rapida.

Prof. Bertino (Padova). — Domanda come la nuova teoria patogenetica della eclampsia può accordarsi con lo scoppio della convulsione in puerperio. Domanda quale, secondo il R., linea terapeutica dopo la cessazione degli accessi eclamptici.

Dott. Bompiani (Roma). — Nella clinica di Roma il luminal sodico per via endorachidea dette buon risultato.

Prof. Clementi (Napoli). — Ricorda i lavori del compianto prof. Poso, ora continuati sempre nella

Clinica di Napoli dalla prof.ssa Dal Collo, sulle alterazioni placentari.

Prof. CIULLA (Napoli). — Ricorda i suoi lavori sui lipoidi placentari e domanda al R. il suo pensiero in proposito alla possibilità che tali lipoidi valgano a consolidare la teoria dell'intossicazione da lipoidi placentari come patogenetica dell'eclampsia.

Prof. SCHOCKAERT (Louvain). — Riferisce un caso di eclampsia in puerperio con coma e molteplici crisi di convulsioni, guarito con salasso e morfina. Domanda come un tal caso possa spiegarsi con la teoria dell'autointossicazione d'origine placentare.

Prof. FOSSATI (Milano). — A proposito del taglio cesareo addominale nell'eclampsia riporta la statistica di Holland (195 casi), mortalità materna 32 %, fetale 50 % e quella di Bride (15 casi), mortalità materna 66,6 %. Patrocina la preferenza per il taglio cesareo vaginale, specialmente in base ai risultati da lui ottenuti a Milano.

Prof. MICHELI (Roma). — Riferisce i risultati della cura medica e chirurgica della eclampsia nella Maternità di Roma, da lui diretta, per gli ultimi 66 casi. Nella cura medica ha sperimentato con successo frequente quella sieroterapica (siero di gravida sana), cura che risulta razionale in ordine ai concetti patogenetici dell'autointossicazione gravidica. Ricorda i vantaggi del veratro nei casi di sua sicura indicazione (tachicardia-ipertensione). Con la sola cura medica ottenne 18 volte il parto spontaneo, 48 volte l'intervento fu necessario per l'interruzione della gravidanza, che due volte fu attuata con taglio cesareo addominale (2 madri vive, 1 feto morto). Mortalità complessiva materna per le 66 eclamptiche 10 %, fetale 38 %.

Prof. FERRONI (Firenze). — Crede debba abbandonarsi il dualismo terapeutico che divide gli Ostetrici in interventisti e non interventisti. Anche questi ultimi provvedono con cure ostetriche oltre che con quelle mediche.

Prof. NAMIAS (Mantova). — In quarant'anni di esercizio si è sempre valso con vantaggio del veratro. Per il parto forzato nell'eclampsia ebbe un solo caso di morte. Mai adottò il raschiamento post-partum.

Prof. SCHICKELE (Strasbourg). — Nei casi di eclampsia in gravidanza di solito nessun intervento: cura per narcotici. Il feto muore dopo qualche giorno; il parto segue spontaneo dopo qualche settimana.

Prof. ACCONCI (Parma) (*relatore*). — Risponde ai vari oratori.

Comunicazioni individuali.

Note di endocrinologia fetale.

Prof. P. GAIFAMI (Siena). — Ha studiato in numerosi feti lo sviluppo dei vari organi endocrini nei rapporti col sesso, con la costituzione generale nelle donne sane e con tossicosi gravidica, nei feti sani e nei mostruosi. Costante è l'aplasia surrenale nella enencefalia. Altri rapporti [illegible] non vide per variabilità di reperti. Non dimostrabile un fattore endocrino fetale nelle tossicosi gravidiche. Crede occorrerebbe un contemporaneo studio dello stato endocrino materno.

L'indice antiemolitico urinario nello stato puerperale.

Dott. ANTONIO RICART (Roma). — L'O. espone (nota preventiva) i resultati di alcune ricerche sull'indice antiemolitico urinario ricavato secondo la tecnica del Condorelli allo scopo di studiare il bilancio tossico delle donne in stato puerperale.

Ricerche sulla iperalbuminosi del siero di sangue nelle portatrici di neoplasie maligne e benigne d'indole ginecologica.

Dott. GIOVANNI ALBANO (Roma). — L'O. ha determinato, in 7 donne affette da carcinoma e in 7 altre con neoplasie benigne a carico dell'utero o degli annessi, il contenuto proteico del siero di sangue. I risultati ottenuti l'inducono a ritenere che nei tumori maligni esiste una iperalbuminosi del siero, ma non è costante nè caratteristica; mentre nei tumori benigni i valori oscillano entro i limiti normali.

Discussione.

Prof. FERRONI (Firenze). — Chiede in quale fase evolutiva erano i tumori maligni presi in esame, a causa del significato e del valore clinico diverso dell'iperalbuminosi.

Ricerche sulla colesterina del contenuto duodenale e del sangue in gravidanza.

Dott. D. FERRACCIU (Siena). — Ricorda i lavori di Pribram e di Decio.

Ha fatto le ricerche nel liquido duodenale estratto per mezzo della sonda di Einhron e nel sangue, mettendo a confronto i valori ottenuti in nove gravide e sei donne normali. Riporta i valori ottenuti per la colesterina estratta col metodo Crigant. Le cifre ottenute depongono per un aumento assai marcato del tasso colesterinico nel sangue della gravida, maggiore più vicino al parto. I valori colesterinici sono più costanti fuori gravidanza. Accenna alle cause di errore (fattore psichico — stimolo della sonda nel duodeno). Non crede di poter giungere ad ipotesi certe.

Discussione.

Prof. DECIO (Cagliari). — Si compiace che le ricerche dell'A. confermino la conclusione del suo lavoro, che cioè l'ipercolesterinemia della gravidanza non sia dovuta alla ritenzione di questa sostanza a livello del filtro epatico.

Dott. FERRACCIU (Siena). — Non può pronunciarsi in proposito, essendo ancora in corso le sue ricerche.

Contributo allo studio del sangue della gravida; viscosità; tempo di coagulazione.

G. TESAURO (Napoli). — L'O. ha eseguito misure di viscosità del sangue in toto (viscosimetro di Hess), del plasma e del siero (viscosimetro di Ostwald e viscostagonometro di Traube), in donne gravide e in donne normali; contemporaneamente ha determinato il volume relativo dei globuli rossi e il tempo di coagulazione. Il sangue della gra-

alla **Litiasi Biliare** ed alle sue conseguenze: crisi di *coliche epatiche, dispepsie, gastriti, ipercloridria, ulcera dello stomaco, dolori toracici od addominali, ittero, colecistite e pericolecistite, asma.*

A questo gruppo si possono aggiungere, per quanto con diversa etiologia, la *Colemia familiare* tanto frequente, col suo caratteristico colorito giallo, olivastro, bistroide; e le malattie da ritenzione biliare parziale, quali: *pruriti, orticaria, vitiligine, bradicardia, efelidi, chiazze rosse, xantoma*, e *xantelasma, nèi pigmentarii*, ecc.

Ristabilendo la permeabilità delle Vie Biliari, una cura di prova mercè la **Panbiline** ha permesso sovente di evitare un interveuto chirurgico che pareva fosse reso necessario dall'insuccesso degli altri metodi di cura.

2° **Malattie e Sindromi Intestinali.** — Oggi è ben dimostrato ormai che la bile, allo stato fisiologico, disinfetta l'intestino, che essa ne regolarizza le contrazioni e la secrezione, provocando defecazioni normali, e che vi emulsiona i grassi alimentari. Se nell' intestino essa giunge diminuita in quantità od alterata in qualità, appariranno in sito diversi disturbi o malattie. Si potrà osservare *stitichezza, digestioni imperfette*, con *dimagramento, fermentazioni, meteorismi, emissioni di gas, diarrea*, alternata o non con *stitichèzza, coliche, enteriti*, anche nella prima infanzia, *colite muco-membranosa, appendicite, tiflite*, ecc.

3° **Malattie favorite dall'Insufficienza Biliare.** — L'Insufficienza Biliare favorirà l'apparizione delle **intossicazioni alimentari** da conserve di cattiva qualità, da carni alterate (botulismo), da funghi, ecc. Essa favorisce anche l'attecchimento e lo sviluppo — che una bile normale avrebbe spesso impedito ed ostacolato sempre — di *microbi* o di *parassiti (febbre tifoide o paratifoide, febbre mediterranea, colibacillosi, influenza, leishmaniosi, Kala-Azar, tubercolosi, dissenterie, colera, ossiuri e vermi intestinali, tenie, trichine, spirochetosi*, ecc.

4° **Autointossicazione Intestinale e sue conseguenze.** — Anche nei casi in cui l' intestino non parrà o non sarà materialmente interessato, anche in quelli in cui non si manifesterà nessuna lesione locale, l' Insufficienza Biliare, permettendo una fioritura microbica anormale e delle deficienze motrici e secretorie, darà origine al quadro tanto frequente dell'*autointossicazione intestinale* con o senza enteroptosi. I veleni fabbricati allora nell' intestino, a meno che non vengano distrutti da una cellula epatica sana ed attiva, saranno versati nel sangue che li distribuirà in tutto il corpo. Attaccando l'organo od il tessuto che offre minore resistenza e maggiore vulnerabilità, essi creeranno, a distanza dalla fonte da cui provengono, le malattie più diverse, alle quali un osservatore superficiale opporrà senza risultato una terapeutica locale, non riuscendo a guarirli radicalmente, perchè non avrà saputo ricollegarli alla loro vera causa iniziale: l' **Insufficienza Biliare.**

Queste nozioni spiegano le guarigioni qualche volta sconcertanti ottenute colla **Panbiline**, Medicazione del Fegato, nelle affezioni di altri organi o tessuti assai diversi e grandemente lontani, quali la **Pelle** (*Acne, comedoni, acne rosacea, colorito olivastro, scialbo, giallo, bistro; pitiriasi, foruncolosi, antrace, piodermiti, seborrea, prurito, orticaria, vitiligine, eczema, zona, eritemi polimorfi*, ecc.); il **Sistema nervoso** (*emotività, irritabilità, tristezza, depressioni, insonnie, incubi, terrori notturni, tremori, dolori di testa, vertigini, fobie, nevrastenia*, certe varietà di *epilessia, emicranie, psicosi, disturbi mentali*, ecc.); o l'**Apparecchio respiratorio** (*Asma tossico, affanno degli arteriosclerotici, dispnea tossi-alimentare*, varietà di *congestioni polmonari*, di *bronchiti*, di *faringiti*, ecc.); il **Cuore** (*palpitazioni, aritmie, false angine pectoris, miocarditi*, ecc.); i **Reni** (*Albuminuria*, segni del *morbo di Bright, disturbi urinarii, uremia, eclampsia*, ecc.); le diverse **Glandole** a secrezione interna (*tiroide, surrenali, timo, ipofisi, pancreas, ovaie*, ecc.

Principali malattie causate o favorite dall'INSUFFICIENZA EPATICA nelle quali è indicata la PANBILINE grazie al suo ESTRATTO EPATICO

Un cattivo funzionamento della cellula epatica, che ostacoli l'azione fisiologica dei suoi fermenti, è origine di numerosi stati morbosi, modificabili grazie all'uso prolungato della Panbiline.

I più frequenti sono: il *Reumatismo cronico (Artritismo-Epatismo* di F. Glénard, le diverse *diatesi e malattie di rallentamento della nutrizione, l'Obesità,* il *Diabete,* la *Gotta,* la *Litiasi,* la *Renella,* la *Fosfaturia,* l'*Asma,* il *Linfatismo,* il *Rachitismo,* la *Scrofolosi,* le *Anemie* da insufficienza della funzione marziale del Fegato, le *emorragie* , la *porpora,* le *distrofie* dell' *eredo-sifilide,* ecc.).

Gli studii di Carnot hanno dimostrata l'importanza del Fegato nello sviluppo e nella guarigione della *Tubercolosi,* in cui l'Olio di FEGATO di Merluzzo non agisce assai probabilmente che in virtù del suo estratto di Fegato. La PANBILINE, che lo sostituisce efficacemente in tutte le sue applicazioni, offre inoltre sull'Olio di FEGATO di Merluzzo il vantaggio di essere un prodotto di marca, non falsificato, di provenienza sempre sicura, di essere accettato più volentieri dai bambini, di facilitare la digestione, invece di ostacolarla.

Quando si pensi che una delle funzioni essenziali del Fegato sano è quella di arrestare e di distruggere i veleni, si spiega l'importanza che ha il poter stimolare la cellula epatica indebolita nel corso di tutti gli *avvelenamenti in generale,* tanto se provengono dall'esterno, come *avvelenamenti dolosi, casuali, alimentari, medicamentosi,* quanto se hanno origine nei nostri tessuti, per *strapazzo, gravidanza,* od *insufficienza glandolare (Ipotiroidia, gozzo, morbo di Basedow, mixedema, disendocrinia surrenale, pituitaria, ovarica, testicolare, ecc.; Dismenorrea, età critica, azotemia, acidosi, acetonuria, anafilassi,* ecc.) oppure ancora, che abbiano come punto di partenza l'*autointossiccazione intestinale* poco prima citata, e dovuta ad una insufficienza biliare.

Le **Malattie Microbiche** e **Parassitarie** non esercitano la loro influenza nefasta sul corpo umano se non per mezzo dell'avvelenamento di esso per azione delle loro tossine, e ci si spiegano perciò i risultati talvolta perfino insperati che si sono ottenuti colla somministrazione sistematica della PANBILINE in queste malattie (*influenza, febbre tifoide* o *paratifoide, polmonite, bronco-polmonite, meningite acuta, febbre puerperale, tubercolosi, malaria, sifilide,* ecc.) in cui ha spesso attenuato e guarito o reso accessibile alle medicazioni classiche un'affezione che decorreva manifestamente verso un esito fatale.

La composizione della PANBILINE ne fa lo specifico delle *Malattie dei Paesi caldi,* nelle quali il Fegato è abitualmente interessato, e delle diverse forme di *Congestioni* e di *Cirrosi epatiche* di qualunque natura (alcoolica, palustre, sifilitica, ecc.).

Decomprimendo la vena porta, essa agisce sulla *ipertensione portale* e sulle *emorragie,* sulle *dispepsie da stasi sanguigna,* sulle *emorroidi,* decongestionando tutto il tubo digerente e gli organi contenuti nell'addome, con particolare riguardo all'apparecchio *genito-urinario* (*metriti, salpingiti, pelviperitoniti,* ecc.

La PANBILINE non è tossica, non contiene nè Alcool, nè Zucchero, e può essere usata dagli astemii e dai diabetici. Essa non ha nessuna controindicazione.

La si prende al principio dei pasti, od al mattino, in dose media di 2 a 12 pillole al giorno, o di 2 a 12 cucchiaini da caffè, pura, od in piccole quantità di una bevanda qualunque, fredda o tiepida. Pei bambini, metà dosi.

Prezzi: Scatola di Pillole . . . . . L. 15.50
Bottiglia . . . . ,, 19.80

L'opuscolo molto più particolareggiato, con attestati medici, sarà spedito in una delle lingue seguenti: francese, inglese, italiana, spagnola, portoghese, a semplice richiesta indirizzata al

LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY (Ardèche) (FRANCIA)

Saggi e Letteratura ai signori Medici:

DEL SAZ & FILIPPINI

Agenti per l'Italia:
Viale Bianca Maria, 23 - MILANO (13)

Scrivere ben chiari nome ed indirizzo del richiedente.



ROMA - Tipografia Latium - Soldato, 28, Tel. 29-35

vida è leggermente iposviscoso di fronte alla norma. Secondo la formula di Bircher si calcola di quanto la viscosità è abbassata per l'ipoglobulia. Il rapporto di viscosità tra plasma e siero nella gravida è spostato nel senso di un aumento della viscosità del plasma. Il tempo di coagulazione è abbreviato.

Discussione.

Prof. Bertino (Padova). — Chiede quale sia il rapporto fra ipoglobulia e viscosità del sangue. Nelle gravide anemiche, ad esempio, per ricerche personali il tempo di coagulazione sarebbe notevolmente differente.

Dott. Tesauro (Napoli). — Nell'anemia in gravidanza ha constatato proporzione fra ipoglobulia e viscosità.

Sulla presenza di agglutinine aspecifiche nel siero di sangue nella gravida.

Dott. F. A. Pitimada. — Il siero di sangue della gravida ha notevoli proprietà agglutinanti su alcuni ceppi batterici (b. coli, J. Flexmer, Proteus × 19, micrococco di Bruce). Questa agglutinazione aspecifica, contrariamente a quanto è stato affermato, non offre un parallellismo con l'aumentata velocità di sedimentazione delle emazie, e richiede l'intervento di fattori chimico-fisici annullanti lo strato di protezione colloidale, in cui le cellule batteriche si trovano.

La reazione novocainico-formalinica Costa dal punto di vista chimico e biologico e la sua tecnica migliore.

Dott. R. De Micheli (Novara). — *Conclusioni.* — Nella reazione Costa si debbono distinguere due tempi di reazione: 1) comparsa dell'anello biologico insolubile di alto valore clinico; 2) comparsa del secondo anello di espressione chimica senza valore clinico. Gli elementi del sangue necessari e sufficienti per la reazione sono nella parte costitutiva del plasma. L'anello di Costa è l'indice, lo svelatore dei processi biologici d'indole immunitaria, che avvengono nelle forme morbose e si svolgono negli elementi costitutivi del plasma.

Sulla natura della reazione novocaino-formalinica di Costa.

Dott. Luigi Rio. — Le risultanze delle mie ricerche nei riguardi della reazione formalino-novocainica e delle sostanze che la provocano mi inducono a trarre la seguenti conclusioni:

1) che la natura del precipitato è organica;

2) che questo si comporta chimicamente come le sostanze proteiche, con ogni probabilità della specie della fibrina appartenente al plasma sanguigno del soggetto;

3) che detta sostanza ha un indubitato potere di assorbimento in vario grado (dal parziale al totale) verso il complemento, ciò che l'avvicinerebbe alle precipitine, dove il precipitato dispiega un forte potere attraente sopra il complemento. Nel ricordare che l'intervento del complemento è argomentazione validamente favorevole dell'unicità di tipo della reazione immunitaria, dobbiamo tuttavia tener presente in contrapposto che diverse altre sostanze, oltre le immunitarie, hanno la proprietà di fissare aspecificamente il complemento, ed a questo riguardo in particolare le sostanze del tipo colloidale.

Circa il valore pratico della reazione novocainoformalinica, dalle ricerche cliniche eseguite appaiono logiche le seguenti deduzioni: 1) la reazione ha valore per la diagnosi della gravidanza, purchè si tratti di persona sana; 2) la reazione, che accompagna costantemente le forme tossiche ed infettive, anche quelle in istato di latenza, rilevandone la maggiore o minor gravità ed indicandone il modo di decorrere, ha sopratutto valore nel campo medico in genere, per la diagnosi, la prognosi e la terapia.

Sul comportamento della reazione di Costa dopo lo choc proteinico.

Dott. Gaetano Dossena (Milano). — La reazione di Costa, nei soggetti colpiti da gravi forme infettive, aumenta sensibilmente d'intensità dopo lo schoc proteinico e l'aumento è in rapporto colla reazione biologica più o meno violenta provocata dalla penetrazione di albumine eterogenee. L'O. crede che il fenomeno sia espressione di modificazioni nel contenuto proteico del plasma, dipendenti dallo stabilirsi dello stato immunitario.

La reazione novocaino-formalinica di Costa.

G. Tesauro (Napoli). — La reazione novocainoformalinica di Costa oltre che nella gravidanza è positiva nella mestruazione e nel periodo premestruale. La reazione è dovuta al fibrinogeno del sangue, e ciò spiega perchè la reazione è positiva negli stati infiammatori, nelle infezioni acute, dopo la proteino e la vaccino-terapia, tutti stati che hanno in comune con la gravidanza e la mestruazione l'aumento di fibrinogeno nel sangue.

Il sangue di individuo normale, se usato in maggior quantità, dà la reazione. Soluzioni pure di fibrinogeno dànno la reazione. L'O. dà anche i primi risultati di uno studio chimico e chimicofisico della reazione, che è comune ad altre sostanze organiche, oltre la novocaina (es. acido solfanilico) e pare legata alla presenza di un gruppo amino-benzoico.

Discussione.

Dott. De Micheli (Novara). — Con i gruppi sulfonici si hanno reazioni sempre uguali con sangue patologico o sano. La reazione è puramente chimica.

Dott. Dossena (Milano). — Dopo lo choc proteinico, la reazione è espressione di uno stato immunitario per modificazioni plasmatiche di natura proteica legate allo stabilirsi dello stato difensivo.

Dott. Tesauro (Napoli). — Tutte le reazioni sono state fatte in soluzione isotonica. Non ha tenuto conto delle sostanze che dànno la reazione senza la formalina.

Significato biologico della sostanza che precipita con la mia reazione novocaino-formalinica: deduzioni e applicazioni terapeutiche, con speciale riguardo alla infezione puerperale.

Dott. COSTA (Novara). — *La reazione*: 1 *cmc.* 1/2 *novocaina al* 2 % *in soluzione fisiologica, cui si aggiungono* 3 *gocce di citrato sodico al* 5 % *e* 3 *gocce di sangue tolte dal polpastrello del dito.* Sul centrifugato (globuli rossi nel fondo della provetta) 1 *goccia di formalina.*

Nelle forme tossiche ed infettive si ha al fondo della provetta anello grigiastro entro 15', tanto più pronto, quanto più la forma morbosa è grave. La sostanza che precipita è legata alla fibrina — nel sangue defibrinato non si manifesta — ma non è la fibrina, perchè l'intensità della reazione non è in rapporto con la quantità della fibrina. Sarebbe la combinazione di due sostanze che entrano direttamente nei fenomeni immunitari (sostanza tossica ed antitossica in senso generico). È parte integrante del plasma che entra in gioco nei detti fenomeni.

I sieri umano e di cavallo annullano la reazione, talvolta, in dose tenue, la rallentano, talora la esaltano. Da ciò l'ipotesi che i sieri diluiti distacchino la sostanza tossica neutralizzata dalla antitossica e questa libera possa aggredire nuova sostanza tossica. In base a questa ipotesi sulla azione dei sieri, l'O. ha esperimentato in casi d'infezione puerperale (70-100 gocce sangue della malata in 15 cc. siero fisiologico e 5 cc siero cavallo — centrifugando per allontanare i globuli rossi ed aver libero il plasma sul quale agisce il siero di cavallo diluito).

Ha così l'O. reiniettato il tutto meno i globuli rossi alla stessa malata. I risultati furono promettenti e casi gravi d'infezione puerperale furono così debellati.

Discussione.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Il nuovo metodo di sieroterapia delle malattie infettive cui fa cenno il Costa merita di esser sperimentato. Dai lavori esposti dagli altri OO. sulla reazione pare risulti che essa non abbia specificità per la gravidanza, nè pare che l'asserita sua utilità per lo scovrimento degli stati preeclamptici sia dimostrata. Domanda l'O. per quale ragione l'O. scelse le due sostanze novocainica e formalina per la sua reazione.

Dott. TESAURO (Napoli). — Nella lettura del testo della sua comunicazione il Costa ha affermato che la sua reazione scompare nel sangue degli agonizzanti, perchè in questi si ha diminuzione del fibrinogeno. Questa ultima affermazione non è dimostrata. I risultati terapeutici ottenuti dal Costa non potrebbero essere dovuti alla sieroterapia in genere (siero di cavallo, autosieroterapia)?

Prof. VERCESI (Genova). — Sembra all'O. molto infirmato il criterio dello stato di difesa organica ricavato dalla intensità della reazione, che ha risultati tanto differenti nei vari periodi della gravidanza, nelle flogosi, nei tumori epiteliali.

Dott. ZAMPA (Roma). — Riferisce i risultati ottenuti dal collega dott. Fasella nella Maternità di Roma con la reazione praticata in 20 casi: in 12 gravide a termine albuminuriche, con positività tanto più forte quanto più grave era lo stato tossico e l'albuminuria; in 5 casi di aborto con reperto positivo; in 3 forme infettive di cui una tubercolare; in questa solo positiva.

Prof. COSTA (Novara). — Risponde ai vari OO. compiacendosi con i risultati ottenuti dal dottor Zampa, che tolgono i dubbi degli oppositori, affermando la reazione più positiva nelle forme più tossiche. Alla reazione egli è venuto per alcune sue ricerche sulla diagnosi della gravidanza. Egli crede che non sia il solo fibrinogeno che dà la reazione. Il metodo di cura che egli ha proposto per le infezioni si discosta completamente dalla comune autosieroterapia e dalla autoemoterapia.

La Wassermann in gravidanza e puerperio.

Dott. D. P. MARINUCCI (Napoli). — Dà conto delle sue ricerche dalle quali risulterebbe che il risultato della reazione è legato anche alla costituzione delle donne ed alla condizione loro gravidica e puerperale.

Sul valore biochimico del feto e della placenta nella determinazione del travaglio.

Prof. M. E. DAL COLLO BONARETTI (Napoli). — Dalle sue ricerche risulterebbe che non è da escludersi che da parte del feto e della placenta venga esplicata sul complesso organismo della madre ed in definitiva sull'utero una qualche influenza stimolante il travaglio del parto con meccanismo di azione che altri mezzi potranno rivelarci.

Discussione.

Prof. CIULIA (Palermo). — In alcun paese della Sicilia in caso di ritardo del secondamento si usa dare alle partorienti del decotto di placenta essiccata al sole cui il popolo attribuisce proprietà influenzanti la contrazione uterina.

Prof. GUZZONI (Modena). — Nella «Gazzetta» da lui diretta fu pubblicato che in un paese delle Marche alle neopuerpere si dà per favorire la discesa lattea della placenta polverizzata.

Dott. ACQUAVIVA. — Ricorda che molti animali dopo il parto mangiano la placenta e gli allevatori credono che ciò sia utile alla involuzione uterina ed alla portata lattea.

Prof. DAL COLLO (Napoli). — Ella non ha fatto conclusioni generali, ma solo quelle derivanti dalle sue ricerche.

Presenza di acido glicuronico nel liquido amniotico.

Prof. C. VERCESI (Genova). — L'ha trovato sempre presente nel liquido amniotico nelle urine fetali delle prime 24 ore. Queste ricerche potranno aver valore per lo studio della genesi del liquido amniotico e per il contributo che ad esso dà il rene fetale.

Discussione.

Prof. VOLPE (Napoli). — Ricorda le sue ricerche sulla glicuronuria in gravidanza. La sue modifi-

cazioni nella gravidanza patologica starebbero in rapporto con insufficienza epatica. Domanda se ha trovato l'O. un rapporto fra glicuronuria materna e fetale e presenza di ac. glicuronico nel liquido amniotico, specie nelle complicazioni gravidiche. Domanda se, per provocare miglior reazione, abbia l'O. somministrato canfora alla paziente.

Prof. VERCESI (Genova). — Le sue ricerche confermano quelle del prof. Volpe relativamente alla entità ed al significato della glicuronuria materna.

Essenza e concetto moderno dell'acidosi gravidica.

Dott. REVOLTELLA (Padova). — Di solito è in grado lieve. È prodotta dalla presenza di sali organici nel sangue in quantità superiore alla norma. La sua progressività senza disturbi, il suo culminare nel parto, la sua retrocessione in puerperio la fanno mettere in rapporto probabilmente con la determinazione del parto. Non costituisce fatto patologico, ma rappresenta il *primum movens* di fenomeni fisiologici.

Modificazioni urinarie degli individui sottoposti ad opoterapia mammaria (alcune reazioni biologiche dell'urina).

Prof. F. SPIRITO (Napoli). — Gli estratti mammari non inducono modificazioni urinarie degne di nota e tanto meno adrenalinuria. L'urina in genere non contiene adrenalina neanche nei casi di ipersurrenalismo, sia esso spontaneo, che provocato.

Rapporti tra mestruazione e costituzione.

Dott. R. BOMPIANI (Roma). — Il risorgere delle dottrine costituzionalistiche, specie in Germania, ha spinto anche i ginecologi ad applicare l'indirizzo costituzionalistico nello studio delle alterazioni morfologiche e funzionali dell'apparato genitale della donna. L'O. più che i risultati di uno studio completo dal punto di vista dei rapporti che intercorrono fra costituzione e mestruazione nella donna, presenta una traccia di lavoro e riporta i risultati avuti nello studio morfologico e fisio-psicologico di donne presentanti alterazioni della funzione mestruale.

Esperienze sui trapianti ovarici.

Prof. PERAZZI (Siena). — *Trapianti omoplastici* in 4 donne (3 con ipofunzione ovarica, 1 isteroannessiectomizzata.

Trapianti autoplastici in 14 donne istero-annessiectomizzate.

Quando possibile donatrici con affinità di gruppo sanguigno.

Risultati soddisfacenti con i primi trapianti, buoni con i secondi.

L'O. ha iniziato studi istologici, esperimentalmente, sulle ovaie trapiantate fra coniglie ematologicamente affini e fra coniglie ematologicamente incompatibili.

Discussione

Prof. PESTALOZZA (Roma). — In un caso di trapianto omoplastico ovarico proveniente da donna fibromatosa per una donna amenorroica si ebbe una sola mestruazione. Questa la sua sola esperienza. Ricorda però il caso noto di una comparsa di noduli uterini fibrosi in donna che aveva ricevuto l'impianto di tessuto ovarico proveniente da donna fibromatosa.

Prof. OLIVA (Genova). — I risultati dell'O. non collimano con quelil del Tigwart che con impianti ovarici ottenne la guarigione dell'infantilismo e della sterilità con gravidanza e parti a temine.

Prof. CIULLA (Palermo). — Ricordando la letteratura sull'argomento, osserva che la vita del tessuto trapiantato è di solito breve e che su di esso sono possibili processi regressivi che possono esser origine di blastomi.

Prof. FOSSATI (Milano). — Il risultato ottenuto con l'innesto ovarico su donne annessiectomizzate bilateralmente può esser messo in rapporto con la permanenza di residui ovarici rimasti nell'utero.

Prof. MIRANDA (Napoli). — A conferma di quanto osserva il prof. Fossati, ricorda un caso di gravidanza dopo ovariectomia per osteomalacia.

Prof. PERAZZI (Siena). — Non si può negare la possibilità che il tessuto trapiantato resti vivo e funzionante. Se le osservazioni del prof. Fossati sono giuste, non è possibile riferirsi ad esse nei casi nei quali l'innesto promuove il ritorno di fenomeni prima troncati per annessiectomia.

I miceti dimoranti nel tratto genitale muliebre.

Prof. PERAZZI (Siena). — Sopra 45 donne esaminate ha isolato degli ifomiceti in 8. Lo studio fu fatto sotto la guida del prof. Pollacci, direttore dell'Istituto botanico di Siena. Gli ifomiceti furono identificati singolarmente. Le ricerche meritano di esser continuate.

Sulle formazioni linfoidi follicolari dell'endometrio.

Dott. G. GIAVOTTO (Genova). — In cinque forme infiammatorie del collo uterino vide formazioni linfoidi follicolari nella mucosa uterina morfologicamente simili ai follicoli solitari della mucosa intestinale.

Sull'istogenesi dell'adenomiomatosi uterina.

Dott. EMANUELE MOMIGLIANO (Roma). — L'O. ha sottoposto ad un minuto esame istologico 12 casi di adenomiomi diffusi al corpo dell'utero, onde accertare se la genesi di queste inclusioni ghiandolari fosse riferibile ad un'endometrite primitiva piuttosto che a residui embrionali aberranti.

In ogni caso l'A. ha potuto notare l'assoluta mancanza di reazione flogistiche precedenti o concomitanti, per cui egli ritiene che anche per questa speciale sede abbia valore la teoria embrionaria, già ammessa dalla massima parte degli AA. per spiegare la genesi degli adenomiomi della salpinge e dell'angolo tubarico. A conferma di queste conclusioni l'A. riporta 3 casi di malformazioni congenite in cui le inclusioni ghiandolari erano in diretta continuità colla mucosa uterina non alterata.

I tumori ovarici, che non raramente accompagnano gli adenomiomi dell'utero, avrebbero, secondo l'A., un meccanismo genetico diverso.

Alcune considerazioni sull'associazione neoplastica fibro-epiteliale nell'utero.

Prof. C. Vercesi (Genova). — In un gruppo di sue ricerche ha constatato i segni certi dell'avvenuta alterazione maligna nell'endometrio di uteri fibromatosi; in altro i segni anatomici di alterazioni precancerigne.

L'O. è portato ad ammettere un nesso causale fra fibroma ed epitelioma dell'endometrio: crede che l'azione del fibroma sulla mucosa uterina meglio sarà lumeggiata e dallo studio dei rapporti dell'utero con le funzioni ormoniche ovariche e sulla scorta delle cognizioni recentemente acquisite con lo studio del cancro sperimentale da catrame.

Cisti ovarica priva di peduncolo e libera nella cavità addominale.

Dott. Di Bernardo (Spezia). — La cisti, distaccatasi dal suo peduncolo, si era fissata nella regione cecale; aveva il volume di una testa di feto a termine. La sua nutrizione era assicurata da esili vasi largamente presenti in membrane avvolgenti. C'era contemporanea salpingite t. b. c. e torsione della salpinge destra.

Le plasmacellule nelle salpingiti.

Dott. M. Testa (Napoli). — Da uno studio sistematico fatto sulle varie forme di salpingiti, l'O. è indotto a ritenere, che le plasmacellule, sebbene in numero variabile, si riscontrano costantemente in queste alterazioni della tuba. Di conseguenza non si può attribuire ad esse un valore assoluto diagnostico digerenziale. Solamente il numero eccessivo di questi elementi unitamente ad altri particolari clinici ed istologici possono deporre per un processo di origine blenorragica. Inoltre questo medesimo reperto può far luce non solo sui varii meccanismi che possono determinare una emosalpinge, ma può anche costituire un criterio per determinare la data più o meno recente nei vari casi di emosalpinge.

Infine la ricerca delle plasmacellule, ci aiuta a differenziare le semplici modifiche mestruali dell'endometrio, dalle forme più leggiere di endometrite, che i semplici fatti clinici non sarebbero sufficienti a far riconoscere.

Discussione.

Prof. Viana (Verona). — Conferma le conclusioni dell'O. anche per le plasmacellule nelle endometriti e nelle flogosi dell'ovaio.

Sopra i sarcomi ovarici a grandi cellule rotonde.

Prof. M. Masazza (Milano). — Illustra un gruppo di casi di un particolare tipo di tumore ovarico, ritenuto assai raro, e del quale qualche autore nega la esistenza, che per alcune caratteristiche strutturali ritiene debbano considerarsi di natura connettivale e di derivazione probabile da elementi avventiziali.

Accenna alle costanti caratteristiche del quadro clinico in ogni caso della forma morbosa (età assai giovane delle malate, evoluzione rapida del tumore, febbre spesso elevata).

Discussione.

Dott. Momigliano (Roma). — Accenna alla necessità di ricorrere in ogni caso di tumore solido dell'ovaio ai mezzi di tecnica istologica che mettono in evidenza il fine reticolo intercellulare che per molti autori deporrebbe per un'istogenesi connettivale.

Prof. Masazza (Milano). — L'esame di molti tumori ovarici tenderebbe ad infirmare il criterio istogenetico ricordato dall'O.

Un caso di utero didelfo con emato-salpinge, ematometra ed ematocolpo a sinistra.

Prof. M. Ciulla (Palermo). — Mostra i pezzi anatomici. L'utero di sinistra fu rimosso. L'ematosalpinge fu dovuta ad angolizzazione della tuba. La vagina atresica era in contatto col retto. L'ovaia dell'utero sinistro rimossa era grossa. La donna guarì.

L'operazione della fistola vescico-vaginale per la via transvescicale.

Dott. V. Artom Di Sant'Agnese (Roma). — Ha operato sei casi con tal metodo. Crede utile la via transvescicale, specialmente nelle fistole del trigono, perchè permette meglio di rendersi conto degli sbocchi ureterici.

In un caso dovè praticare nefrectomia sinistra. In due casi la cistotomia dette modo di toglier un calcolo vescicale; le fistole non poterono esser chiuse per la ristrettezza e profondità della vescica e per emorragia della mucosa alterata per la presenza del calcolo.

Discussione.

Prof. Viana (Verona). — Riconosce in base alla sua esperienza che la via alta possa in certi casi esser opportuna, ma crede non debba generalizzarsi nè dimenticare i vantaggi della via vaginale.

Prof. Schickele (Louvain). — La via vaginale è la indicata nella maggioranza dei casi di fistole. Esistono però dei casi nei quali solo la via transvescicale permette di evitare il pericolo di comprendere nelle suture gli sbocchi ureterici.

Dott. Artom (Roma). — Crede che non sia opportuno restringere troppo l'indicazione della via transvescicale che non costituisce difficoltà di tecnica.

Perfezionamento di tecnica nella terapia chirurgica della inversione uterina.

Prof. G. Santoro (Cosenza). — Illustra la tecnica da lui adottata con buoni risultati. Accenna all'opportunità di abbassare l'utero con laccio elastico e di far la sutura del collo dopo rimesso l'utero in sisto.

Nuovo contributo al trattamento della inversione cronica dell'utero.

Prof. D'Angelo Parmenide Ricci. — Il trattamento della inversione cronica dell'utero è esclusivamente chirurgico ed ha due indicazioni: 1) demolire l'utero nei casi di grave distrofia, infezione e necrosi, per cui le pareti molli e fragili non si prestano a manovre operative; 2) conservare l'ute-

ro in tutti gli altri casi, i quali sono molto più frequenti dei primi.

Il trattamento razionale nella seconda evenienza è costituito dalla *colpo-isterotomia* (proc. Kunster-Piccoli), la quale può essere eseguita per via posteriore o per via anteriore, a seconda di considerazioni varie o di processi che rendono più o meno complicata la inversione. In entrambe le vie, la sezione della parete uterina dev'essere completa, portando il taglio dal punto medio della incisione trasversale del fornice al fondo dell'utero invertito. La bontà dei risultati registrati in tutti gli interventi, rende la colpo-isterotomia il processo di scelta a preferenza di metodi o demolitori o meno razionali, tentati singolarmente e con poca fortuna.

Discussione.

Prof. Guzzoni (Siena). — Fa notare la rarità dei casi d'inversione fuori di Napoli.

Prof. Piccoli (Napoli). — In due casi operati da suo padre, ideatore del metodo, e dal prof. Miranda, il laccio elastico dette buona prova. Il collo fu cucito dopo rimesso l'utero in sito.

Dott. Ricci (Napoli). — Per abbassare l'utero si è valso della pinza di Martin. La frequenza a Napoli dell'inversione si deve certo alla cattiva assistenza al secondamento per opera di alcune levatrici che fanno trazioni sul cordone.

Un caso di retroverso flessione d'utero in gravidanza operato per laparotomia.

Prof. G. Miranda (Napoli). — Riferisce i dati illustrativi del caso clinico condotto a bene, perchè dopo l'operazione nella quale l'utero gravido fu tolto dall'incarceramento pelvico e portato nella grande cavità peritoneale, la graivdanza continuò regolarmente.

Discussione.

Prof. Viana (Verona). — Ricorda una laparotomia fatta allo stesso scopo al secondo mese di gravidanza con rimozione di notevoli aderenze utero-pelviche che mantenevano la retroflessione dell'utero. La gravidanza si mantenne dopo l'operazione.

Prof. Oliva (Genova). — Ricorda un caso proprio analogo nel quale alla laparotomia furono tolte notevoli aderenze utero-pelviche. La gravidanza continuò.

Prof. Pestalozza (Roma). — È lieto che la sua vecchia proposta di cancellare l'indicazione dell'aborto per retroflessione fissa dell'utero gravido sia accettata così felicemente. Crede che dove un cauto tentativo di riduzione digitale dell'utero retroflesso gravido anche non legato da aderenze fallisca sia bene ricorrere alla laparotomia. Ricorda una sua operata con buon esito.

Trattamento chirurgico dell'utero bicorne.

U. Mestron (Trieste). — Riferisce i dati di due casi clinici operati con buon esito — secondo la proposta di Strassmann, ma dal lato addominale secondo Truzzi —. Gli assi dei due uteri formavano nei suoi casi un angolo di 90 gradi. Aperti medialmente e longitudinalmente i due uteri — escisso il setto mediano endouterino — suturate fra loro le pareti anteriori e poi le posteriori, fu ricostituito in tutte e due le donne un corpo uterino unico. L'O. si valse del lembo peritoneale di Pestalozza a ricoprire le suture miometrali. Risultato nei due casi ottimo.

Ricorda 18 casi raccolti nella letteratura di analogo intervento.

Discussione.

Prof. Pestalozza (Roma). — Ai casi illustrati dall'O. aggiunge un caso da lui operato. Si compiace di sentire che anche nella scuola di Welponer sia stata riconosciuta l'opportunità di valersi del lembo peritoneale anteriore per ricoprire le suture uterine che in queste operazioni sono necessarie e per impedire la retroversione postoperatoria.

Il taglio di Mac Burney negli interventi sugli annessi uterini.

Dott. V. Puccinelli (Roma). — Avendo recentemente avuto occasione di praticare due annessiectomie in due interventi d'urgenza (appendicectomie) con taglio di M. B. spostato un po' in basso, crede che questo possa esser adottato come taglio di elezione per la chirurgia degli annessi uterini anche perchè certo esso garantisce meglio dagli eventramenti.

Discussione.

Prof. Pestalozza (Roma). — Già fu notata la buona utilizzazione del taglio di M. B. per operare sugli annessi uterini. Ha visto seguire laparoceli dopo tale incisione praticata per appendicectomia. Forse il fatto sarà legato alla suppurazione seguita facilmente a tali interventi.

Tentativi di endoscopia uterina.

Dott. V. Puccinelli (Roma). — Non avendo trovato nella letteratura recente riferimenti a precedenti tentativi di endoscopia, ha praticato tentativi del genere con gli endoscopi a visione diretta ed ha visto che se ne possono avere buoni risultati diagnostici e terapeutici. Perciò propone lo studio e la diffusione del metodo.

Discussione.

Prof. Pestalozza (Roma). — Ricorda la proposta ben nota di uretroscopia di Lazasewitch che risale a più di trent'anni.

Il pneumoperitoneo transuterotubarico e la pervietà delle trombe falloppiane considerata in rapporto alle cause più frequenti di sterilità.

Dott. R. Bompiani (Roma). — L'O., dopo aver accennato brevemente al principio informatore del metodo, alle indicazioni e controindicazioni, al valore reale della prova di Rubin, passa in rapida disamina i risultati avuti in 110 casi di sterilità studiati dal punto di vista della pervietà delle trombe in rapporto ai difetti congeniti od acquisiti dell'utero prima dell'inizio della vita sessuale, ed alle lesioni infiammatorie dell'apparato genitale acquisite durante l'esercizio di essa.

(Continua). C. Micheli.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sul volvolo gastrico.

Il volvolo gastrico, dice K. Philippsberg (*Deutsche Med. Wochenschrift*, n. 5, 1924), può essere mesenterio-assiale oppure organo-assiale. Nel primo caso l'asse di rotazione è situata nella direzione del piccolo omento che insieme al duodeno ed alla parte cardiale forma il peduncolo su cui si vuota lo stomaco. L'asse longitudinale dello stomaco o mantiene la sua posizione normale, oppure assume una posizione obliqua: in tutti e due i casi il piloro si sposta verso sinistra, mentre il fondo compie un movimento opposto. Nel volvolo organo-assiale l'asse di rotazione coincide con l'asse longitudinale dello stomaco. Il volvolo può venir determinato da cause gastriche oppure da alterazioni degli organi o tessuti vicini. La diagnosi non è possibile che al tavolo operatorio. La cura consiste nell'immediata laparotomia e detorsione dello stomaco. È riferito un caso di volvolo mesenterio-assiale in un uomo di 65 anni, da tempo affetto da gastroptosi ed ectasia; morte dopo l'intervento chirurgico.

POLLITZER.

La dispepsia duodenale.

Ha la stessa patogenesi di quella gastrica, avendo alla base la spasmo doloroso del piloro; solo che il punto di partenza è diverso, essendo per l'una a monte, per l'altra a valle dello sfintere pilorico. Entrambe sono dominate dalla legge di Bayliss e Starling, secondo la quale tutta la parete del tubo digerente è la sede di un riflesso locale, per cui un'eccitazione in un determinato punto provoca, al di sotto, un rilasciamento, al disopra invece una contrazione del muscolo. Lo spasmo pilorico può aversi in caso di iperacidità del chimo gastrico con alcalinità duodenale normale, ed in tal caso si ha la dispepsia gastrica, oppure quando vi sia ipoalcalinità del succo duodenale con acidità gastrica normale, e allora si ha la dispepsia duodenale.

Per controllare questi dati, Meunier (*Presse médicale*, 7 nov. 1923) introduce alla sera la sonda di Einhorn, che si lascia per tutta la notte, in quanto che impiega diverse ore ad arrivare nell'intestino; al mattino, si introduce la sonda gastrica, controllando con la radioscopia se le sonde sono entrambe a posto. Poi si fa prendere al malato un bicchiere della seguente soluzione: Acido cloridrico cmc. 5; Fosfato disodico g. 5; Zucchero g. 40; Acqua q. b. per un litro. Questa soluzione acida ha lo scopo di provocare il funzionamento pilorico e la secrezione duodeno-biliare. Sui liquidi estratti, si dosa l'acidità; la differenza è dovuta all'alcalinità del succo duodenale che ha diluito il contenuto gastrico. Dosando poi l'acido fosforico in entrambi i liquidi, si conosce il volume di succo duodenale, che ha diluito il contenuto gastrico. Con questi dati, si può calcolare l'alcalinità del succo duodenale, rapportata a 1.000; questa nei normali varia da 2 a 4.

La sintomatologia dolorosa della dispepsia duodenale non è dissimile da quella gastrica e comprende lo spasmo pilorico ed il dolore tardivo, nonchè il ritardo nell'evacuazione gastrica e l'aerofagia dolorosa di difesa. Con questi sintomi ed in presenza di un'alcalinità duodenale inferiore a 2/1.000 si deve orientare la diagnosi verso una causa situata a valle del piloro e più specialmente verso una litiasi biliare.

fil.

Coliche da mobilità della prima porzione del duodeno.

La mobilità della prima porzione del duodeno è scarsa, tanto che si può a mala pena esteriorizzarlo dall'addome; in certi casi invece essa arriva anche a 4-10 cm. H. Miyake (rif. in *Morgagni*, 6 aprile 1924) ha osservato casi in cui tale mobilità si traduce con crisi a tipo di colica. Gli infermi si lamentano di peso, pirosi gastrica, dispepsia e dolori qualche ora dopo i pasti od indipendentemente da essi, con sede sul margine costale destro, nella regione della cistifellea, con irradiazioni all'epigastrio al dorso, alla spalla. Può esservi vomito, ittero, tensione dei muscoli addominali, iperestesia nella zona di Head; di solito il ristagno della pappa in questo segmento.

All'esame radiologico, si osserva la mobilità anormale della porzione piloro-duodenale ed il ristagno della pappa in questo segmento.

La terapia consiste nel trattamento operatorio, con la plicatura del legamento epato-duodenale; in qualche caso di lesioni alla cistifellea è indicata la colecistectomia. La duodenopessia può essere fatta in primo tempo; essa però lascia tuttora dei disturbi, che scompaiono con un trattamento più radicale.

La malattia si presenta nell'età giovanile e dà disturbi che si aggravano con l'andare degli anni.

fil.

Una forma ambulatoria di appendicite gangrenosa con adenite iliaca esterna di origine appendicolare.

Boidin e De Gennes il 23 novembre 1923 avevano comunicato alla *Société médicale des Hôpitaux* di Parigi un caso di adenite inguinale di origine appendicolare.

M. Onard il 7 marzo ha comunicato un altro caso grave di appendicite gangrenosa con adenite iliaca. Si trattava di un soldato, da un anno certamente amebico, che per 10 giorni prestò servizio avvertendo solo qualche dolore vago nella fossa iliaca destra, se faceva uno sforzo.

Obbiettivamente presentava adenite iliaca, dolente. Temperatura 37. Insorti all'improvviso in 10ª giornata i segni di una peritonite acuta, in undecima giornata si intervenne di urgenza e si trovò: adenite dei gangli iliaci esterni non suppurata; liquido torbido nel cul di sacco peritoneale sottostante; epiploon infiammato, cieco ispessito ed arrossato, ed un ascesso intorno all'appendice gangrenato. Douglas pieno di liquido torbido. Esito in guarigione.

Da notarsi: il decorso ambulatorio di una grave appendicite gangrenosa; la presenza di una adenite inguinale appendicolare, che disparve dopo l'operazione; la coesistenza di una dissenteria amebica. PERSIA.

Ulcerazioni non dissenteriche del colon.

L'ulcera semplice dell'intestino crasso è una affezione rara, di eziologia oscura. È di solito unica, ma può anche accompagnarsi ad ulcera dello stomaco, del duodeno o del tenue. Presenta analogie con l'ulcera gastrica, varia di dimensione da qualche millimetro a più centimetri ed è ordinariamente parallela all'asse dell'intestino. I tessuti vicini sono inspessiti, sclerolipomatosi; si possono avere lesioni peritoneali tanto rilevanti da far sospettare un cancro del cieco; spesso si ha adenopatia mesenterica. La localizzazione è, in ordine di frequenza: al colon ascendente, al cieco, all'angolo splenico, al colon discendente, al sigma, all'angolo sottoepatico.

Il quadro clinico è molto confuso; nella storia dei malati vi è di solito la stitichezza, il dolore epigastrico tardivo, il dolore fisso in corrispondenza dell'ulcera, l'emorragia intestinale, talora la diarrea. Chalier e Mallet-Guy (rif. in *Riforma medica*, 24 marzo 1924) hanno osservato un caso in cui si aveva anche una temperatura sub-febbrile e l'aumento di volume della milza. Talvolta si ha improvvisamente la perforazione che può verificarsi dopo un periodo di sofferenze, oppure in perfetto stato di salute. *fil.*

I segni funzionali del cancro del retto.

È importante per il pratico di conoscere i segni funzionali di tale malattia in modo da poter fare la diagnosi precoce. Detti segni sono secondo Chalier e H. Mondor (*Journal des praticiens*, 13 marzo 1924) i seguenti:

1) *Emorragia.* — Può essere assai precoce, in forma di poche gocce, di coaguli, o può essere imponente; in qualche caso si avrà l'aspetto caratteristico di fondi di caffè. Il sangue viene durante la defecazione o precede immediatamente le feci. In una ragazza di 23 anni, la malattia si annunziò con una sincope dovuta ad imponente emorragia, per epitelioma ampollare del retto.

2) *Dolori* — Generalmente non molto accusati, quando il carcinoma si trova in alto; quello dell'ano è molto doloroso. Il dolore si produce quando vi è ritenzione, tenesmo, sforzi espulsivi e può acquistare tanta intensità da far misconoscere il tumore iniziale.

3) *Scoli.* — Questi fanno credere ad una entero-colite, in quanto che vengono eliminate delle mucosità biancastre, unite o non con le feci. Quando il tumore si ulcera, si ha scolo di pus sieroso e fetido, dapprima intermittente, poi continuo, che può provocare eruzioni eritematose, erosioni attorno all'ano.

4) *Disturbi della defecazione.* — È frequente l'irregolarità della defecazione, con alternative di costipazione e di diarrea; il bisogno di defecare è ripetuto e penoso; l'incontinenza può verificarsi per atonia dello sfintere senza che questo sia compromesso. Alla fine del periodo di stato, la diarrea è abituale. Si deve pensare al cancro, quando si ha una diarrea che resiste al bismuto, all'oppio, ai suppositorî. Ingannevole può essere la costipazione, poichè si tratta di individui che da lungo tempo sono costipati.

In presenza di tali segni è necessario sospettare il cancro del retto, che potrà venir confermato con l'esame fisico, comprendente la esplorazione rettale, la rettoscopia, la radiografia, la biopsia.

fil.

Il comportamento del chirurgo nelle appendiciti.

A. Botti (*Morgagni,* 6 aprile 1924) è favorevole all'intervento nella fase iniziale, cioè nelle prime 24-48 ore ed all'intervento solo in casi di necessità nel periodo intermedio. L'intervento in questi limiti di tempo è da applicarsi anche nei casi con sintomatologia poco accentuata, poichè anche in tali casi che sembrano lievi, possono esservi profonde alterazioni dell'appendice e del peritoneo. Da ciò la necessità dell'intervento precoce nelle forme gravi come nelle lievi, quando il peritoneo è immu-

ne o tutt'al più presenta una reazione limitata dovuta alle tossine dei germi. L'appendice allora facilmente asportabile ed il ventre può essere agevolmente rinchiuso. Se invece si trova nel cavo peritoneale un liquido torbidiccio e le anse sono ricoperte da deposizioni fibrinose, se si nota la presenza di fatti, che fanno prevedere la formazione di un ascesso, si fa un trattamento aperto. L'A. cita i risultati ottenuti nell'ospedale in cui si trova, e cioè: Nessun morto su 36 appendiciti acute operate entro le 24 ore; in 14 ascessi appendicolari aperti e drenati; in 156 appendiciti operate allo stato cronico. Su 94 casi di appendiciti allo stato cronico non operate perchè i malati non si sono più presentati, si ebbero 9 morti.

Per quanto riguarda il così detto raffreddamento, l'A. ritiene che non si debba aspettare meno di 3-4 settimane, tanto più che il cieco può ancora essere in preda ad edema flogistico. Il pericolo di un intervento troppo precoce prima del raffreddamento è dimostrato anche dalle statistiche dell'A.

L'atto operativo non va risparmiato neppure in gravidanza; solo si deve procurare con ogni mezzo che non si verifichi od almeno si procrastini l'interruzione della gravidanza stessa.

fil.

Le bevande nei dispeptici.

L. Meunier (*Journal des praticiens*, 16 febbraio 1924) fa rilevare la necessità di prendere le bevande separatamente dagli alimenti; un litro di acqua preso a sè si elimina in dieci minuti, invece, quando è aggiunto agli alimenti, rimane parecchie ore nello stomaco. Con un'alimentazione mista, un adulto dovrebbe bere 600-800 cmc. di acqua al giorno, di cui 400 presi un quarto d'ora prima dei pasti e 200 in forma di due tazze di tè da prendersi ai pasti o dopo di essi. Queste vanno prese calde, poichè in tal modo calmano i dolori e diminuiscono l'iperestesia gastrica, stimolano la motricità e favoriscono l'azione della secrezione gastrica.

Alle solite infusioni (tè leggero, camomilla, foglie d'arancio) l'A. preferisce l'infuso di orzo germinato. Questo si prepara macinando un cucchiaio di orzo germinato che si mette con una tazza da tè di acqua fredda in un recipiente di terra che poi si fa scaldare a bagnomaria bollente per 10 minuti. Si passa, zuccherando come per un infusione ordinaria. Tale bevanda supplisce all'insufficienza della digestione dell'amido, sempre compromessa nei dispeptici.

fil.

VARIA

Metereologia e patologia umana.

Cioffi (*La metereologia pratica*, n. 2-4, 1923) esamina la influenza che i fattori metereologici hanno nel quadro della morbosità generale.

È ben noto che nei giorni di depressione barometrica insorgono nei malati e nei feriti elevazioni termiche senza alcuna apparente ragione. Così malati di nevralgie, di poliartrite cronica, di forme reumatiche, sono sensibilissimi alle azioni atmosferiche. Bauer racconta che nella Clinica di Innsbruck vi era una donna con poliartrite deformante che egli consultava con gran fiducia quando intendeva fare escursioni in montagna. Manifestazioni analoghe si hanno nei nevrotici, negli odontopatici, negli individui con esiti di pleurite, con cicatrici, calli, ernie, ecc.

È del pari incontestabile l'azione delle varie stagioni su le malattie oculari: la primavera favorisce i catarri congiuntivali, le blefariti; il clima caldo umido favorisce gli ascessi della cornea.

Greenberg ha riscontrato le relazioni fra le condizioni metereologiche e la presenza della polmonite.

Kolisko ha notato un aumento rapido delle morti improvvise per sclerosi delle coronarie nelle rapide precipitazioni barometriche, e Bürger una frequenza di insulti apopletici nelle medesime condizioni, come Brunner ha notato un rapporto fra oscillazioni climatiche e stanchezza del muscolo cardiaco.

Lombard ha stabilito che l'attitudine del muscolo a fornire lavoro utile volontario è scemata oltre da altre cause anche dalla diminuzione della pressione atmosferica, da temperature alte specialmente se associate a molta umidità. D'altra parte Unverricht ha fatto rilevare la coincidenza di casi di emottoe con una diminuita pressione, alla quale pure il Raudnitz attribuisce il peggioramento della tosse convulsiva e il Baar l'insorgenza di attacchi asmatici. Secondo quest'ultimo una sensibilità alle influenze atmosferiche sarebbe spesso esponente di uno stato linfatico o ipoplastico; e ad ogni modo qualunque genere di malattia che nel suo decorso di dimostri dipendente da influenze meteorologiche parla per l'importanza di influenze nervose rispettivamente vasomotorie. A queste appartengono l'epilessia ed il sonnambulismo (Sokolow, Amman), la balbuzie (Trommer) e alcuni disturbi frenocardici (Herz).

Heckel ha dedicato un capitolo del suo volume sulle Neurosi d'angoscia a quella che egli chiama neurosi barometrica, studiandone dili-

gentemente i sintomi premonitori e l'evoluzione, ed i lettori che più s'interessano dell'argomento farebbero bene a prenderne originalmente visione.

Il così detto senso del tempo o meteoropatia, ciclonopatia, ciclonosi o neurosi da clima è secondo Bauer videntemente una qualità strana, costituzionale o per lo meno basata su speciali condizioni costituzionali, alle volte ereditarie, consistente nel prevedere un mutamento nelle condizioni atmosferiche, specie l'avvicinarsi della pioggia, del vento, della neve, di temporali, già molte ore prima in base a sensazioni morbose quali cefalee, debolezza, sonnolenza. In generale sembra trattarsi di una disposizione speciale che può riguardare anche del resto persone sanissime.

Bauer stesso a Innsbruck, ed anche il Cioffi a Foggia, hanno potuto raccogliere esperienze riguardo alla sensibilità per il Föhn o per lo scirocco la cui denominazione è diversa a seconda le differenti regioni. Da noi molte persone sentono l'influenza dello scirocco due o tre giorni e ad ogni modo parecchie ore prima che arrivi il vento con mostrarsi depressi o irritabili. Helly è restato fortemente impressionato di questi stati patologici che precedono o accompagnano un periodo di forti venti sciroccali, i quali hanno indubbiamente un'influenza di maggiore o minore grado sulle condizioni di salute di molti.

L'azione dello scirocco consiste in una depressione del tono muscolare, nervoso e psichico. Si hanno fenomeni di fiacchezza, spossatezza, svogliatezza, malessere, cefalee, sonnolenza. Ciò spiega il più facile verificarsi degli infortunî e di suicidî.

Alcuni autori hanno attribuito questi disurbi sciroccali alle oscillazioni elettriche, altri alla prevalenza di elettricità negativa, alle depressioni barometriche improvvise.

Cioffi ha constato che è sopra tutto nei periodi di calma apparente, che precede non rare volte lo scirocco, che si ha la sensazione dell'afa, della insufficiente traspirazione, della ostacolata libertà di respiro, del senso di iposistolia (aumento dei battiti cardiaci ad ogni minimo sforzo, rallentato circolo venoso con maggiore evidenza di varici, emorroidi, ecc., iniezione più accentuata dei capillari venosi delle mucose predisposte a stati catarrali cronici) e che lo stato atmosferico che favorisce queste condizioni è dato più frequentemente, e specialmente nelle basse valli o nelle pianure molto irrigate, da quella varietà di condensazione del vapore acqueo che i francesi chiamano *bruma* e noi chiameremmo *caligine*, che durante le giornate calde maschera talvolta quasi interamente gli oggetti lontani, e che per essere abbastanza permeabile all'illuminazione solare ed alle radiazioni termiche relative si diversifica alquanto dalle nebbie e da quelle condensazioni conosciute dai meteorologi col nome di strati, e che rappresentano il primo grado di formazione nubecolare.

La caligine o bruma si accompagna di pari passo quasi sempre con una certa elevazione di umidità assoluta o più esattamente con un aumento della tensione del vapore acqueo.

È questo elemento, afferma il Cioffi, il vero responsabile di tutti i disturbi sciroccali.

Patologi ed igienisti hanno dato importanza somma a due soli fattori metereologici nel determinismo patologico: alla temperatura ed all'umidità relativa. Per lo più l'elevarsi dei coefficienti dell'una o dell'altra era sufficiente a spiegare o a determinare uno stato di malattia. È certo che nè il caldo nè l'umido separatamente possono spiegare nessuno dei fenomeni che si sono accennati. Temperature elevatissime a scarso contenuto di vapore atmosferico come quella del Sahara raramente danno luogo a fenomeni di malessere o a stati morbosi: l'umidità a bassa temperatura, come nell'inverno, non fiacca l'energia di nessun organismo, limitando la sua azione, se pure, a pochi fatti di natura reumatica o tutt'al più delle vie respiratorie.

È quando si elevano insieme i due coefficienti, ossia quando la tensione del vapore o la umidità assoluta raggiungono un grado elevato si verificano i disturbi su mentovati. Il meccanismo biologico con cui agisce l'umidità assoluta o tensione del vapore sarebbe il seguente:

1) Più si eleva la tensione del vapor d'acqua e più si abbassa la pressione dell'aria secca: da ciò insufficiente tensione dell'ossigeno e per conseguenza riduzione dell'ematosi (anossiemia).

2) Più la tensione del vapore acqueo si eleva e meno energiche sono l'esalazione pulmonare e l'evaporazione cutanea. Per conseguenza vi è aumento del contenuto sieroso del sangue (idremia).

3) La ritenzione nel sistema circolatorio della quantità del vapore acqueo non esalato dalla superficie pulmonare aumenta la pressione generale e favorisce la stasi venosa superficiale e profonda, e perciò una più evidente manifestazione di varici, stasi portale, e la più facile diapedesi nelle superfici sierose ed anche nelle mucose.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Gravissima risoluzione circa i ricorsi contro i provvedimenti degl enti locali in forza del D. R. 27 maggio 1923.

È NECESSARIA ED URGENTE UNA INTERPRETAZIONE AUTENTICA.

« Disponendo gli art. 1 e 2 del R. D. 27 maggio 1923, n. 1177, che le Amministrazioni delle Provincie, dei Comuni e delle Istituzioni Pubbliche di beneficenza provvedano alla revisione delle tabelle e dei regolamenti organici ed alla conseguente sistemazione del personale, non si è con ciò inteso di alterare o menomare, a questi effetti, il normale sistema delle competenze delle autorità tutorie. Pertanto, sopra siffatto oggetto, nei riguardi dei Comuni, devono deliberare anzitutto i Consigli Comunali e, quindi, per le modificazioni di organico, le Giunte Provinciali amministrative, avverso le cui deliberazioni compete il ricorso gerarchico al Governo del Re. In difetto dell'ordinaria amministrazione, provvedono i Regi Commissari, salva sempre l'approvazione, in ogni caso, delle Giunte Provinciali Amministrative, ed i Commissari Prefettizi salva la ratifica da parte dei Prefetti e l'approvazione delle Giunte Provinciali Amministrative nei casi in cui essa sarebbe richiesta anche per i Consigli Comunali e impregiudicata rimanendo la facoltà del ricorso al Governo del Re. La disposizione dell'art. 4 del R. D. 27 maggio 1923, n. 1177, per la quale contro i provvedimenti di cui al detto decreto « è ammesso ricorso *soltanto per legittimità* alla IV Sezione del Consiglio di Stato od in via straordinaria al Re, esclusa qualsiasi azione giudiziaria, è diretta ad escludere oltrechè l'azione giudiziaria anche qualunque altro ricorso di merito in sede giurisdizionale come ad esempio quello alla V Sezione ».

Così ha deciso la *IV Sezione del Consiglio di Stato, con sentenza* 16 *maggio* 1924, *n.* 270, conforme ad altra decisione 28 marzo 1924, n. 126, circa la dispensa di guardie daziarie.

Secondo questa giurisprudenza, il rimedio giuridico varia in relazione all'obbietto del provvedimento e all'organo che lo delibera.

Se si tratta di riforma di organico e di conseguente dispensa dal servizio — cioè nella *normalità* dei casi — il provvedimento non è definitivo, in ogni ipotesi, perchè è soggetto ad approvazione della Giunta Provinciale Amministrativa e può essere proposto reclamo al Governo del Re, salvo poi il ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato contro il provvedimento definitivo in sede gerarchica.

Se, invece, si tratti di semplice dispensa dal servizio deliberata dal Consiglio Comunale o da un Commissario Prefettizio, il provvedimento è definitivo — in questo caso, però, dopo la ratifica — e il ricorso deve essere proposto direttamente alla IV Sezione del Consiglio di Stato; ma se la dispensa è deliberata da un Commissario Regio, il relativo provvedimento, essendo soggetto ad approvazione della G. P. A., non è definitivo e si deve ricorrere prima in via gerarchica.

A queste conseguenze è tratta la IV Sezione dalla considerazione che l'art. 4 del R. D. 27 maggio 1923, non deroghi alle norme comuni.

Dispone l'art. 4: « Contro i provvedimenti di cui al presente decreto è ammesso ricorso *soltanto* per legittimità alla IV Sezione del Consiglio di Stato od in via straordinaria al Re, esclusa qualsiasi azione giudiziaria ». I provvedimenti « di cui al presente decreto » sono appunto quelli delle Amministrazioni delle Provincie, dei Comuni, delle istituzioni di pubblica beneficenza concernenti la « revisione delle tabelle e dei regolamenti organici del personale allo scopo di ridurre il numero dei posti, ecc. ecc. ».

Sembra a noi evidente che la disposizione dell'art. 4, stabilendo che contro i provvedimenti delle *Amministrazioni degli enti locali, in considerazione appunto dell'obbietto e della natura di essi*, è ammesso soltanto il ricorso per legittimità alla IV Sezione, deroghi al sistema comune e attribuisca ai provvedimenti carattere definitivo.

Non è il caso di svolgere, in questa rivista, la trattazione giuridica dell'argomento; dobbiamo però rilevare che l'art. 4 è stato da *tutti* interpretato nel senso da noi qui indicato e i ricorsi sono stati sempre prodotti alla IV Sezione, *la quale ne ha decisi non pochi in merito*, superando cioè la questione dell'ammissibilità del ricorso ad essa diretto.

La sentenza 28 marzo 1924, n. 126, ci parve dovuta ad una svista; comunque, ritenemmo che si trattasse di un caso isolato, tanto più — ripetiamo — che la risoluzione era in contrasto con l'*implicito* riconoscimento dell'ammissibilità di altri ricorsi decisi in merito *dalla stessa* IV Sezione del Consiglio di Stato; ma la recente decisione 16 maggio 1924, n. 270, è indice di una nuova tendenza giurisprudenziale che, se non fosse modificata, avrebbe ef-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, consulente legale del nostro periodico

fetti gravissimi, perchè — come si è detto — i ricorsi sono stati diretti, per quel che a noi consta, alla IV Sezione.

D'altra parte, se ne considerino gli effetti pratici: contro i provvedimenti concernenti revisione degli organici, normalmente con effetto di dispensa dal servizio degli impiegati, dovrebbe prima proporsi ricorso gerarchico — il quale non ha effetto sospensivo — e soltanto dopo un anno e più di attesa si potrebbe promuovere il ricorso alla IV Sezione, cioè quel giudizio che, pur limitato alla legittimità dell'atto, rende possibile almeno una vera e propria difesa con le garanzie della oralità e del contradditorio.

Se, come a noi sembra non dubbio, fu intendimento dei compilatori del decreto 27 maggio di attribuire carattere definitivo ai provvedimenti degli enti locali, è necessaria, di fronte alla grave giurisprudenza che tende ad affermarsi, una precisazione in forma di interpretazione autentica.

Si tratta di interessi rilevanti di numerosi impiegati, e non si può, non si deve pregiudicarne l'azione di difesa.

Segnaliamo questa situazione stranissima, il danno grave e forse irreparabile che ne deriverebbe ad interessi legittimi ed alla giustizia, e la necessità e la urgenza di solleciti provvedimenti.

Sembra a noi opportuno che le organizzazioni prendano subito la iniziativa di richiamarvi l'attenzione del Governo.

QUESTIONI PRATICHE.

XXXV. — Un concorso non è valido se tutti i possibili aspiranti non siano stati liberi di concorrervi.

Può un Comune non procedere alla nomina se il concorso non sia stato libero e alla mancanza di adeguata libertà abbia corrisposto esigua partecipazione alla gara.

Attiene infatti alla essenza del concorso, e ne è necessario presupposto, che esso si svolga in condizioni tali di libertà da consentire a coloro, che ne abbiano i requisiti, di parteciparvi in modo che l'amministrazione possa procedere ad una buona scelta.

Nel caso così deciso dalla IV Sezione del Consiglio di Stato con sentenza 25 aprile 1924, n. 198, al concorso per medico condotto avevano partecipato quattro concorrenti. Ma tre si ritirarono, perchè l'Associazione dei medici condotti aveva «diffidato» i soci dal partecipare a quel concorso a cagione della insufficienza dello stipendio. Rimase, quindi, un concorrente solo; ma sebbene questi fosse dichiarato idoneo, il Comune non provvide alla nomina. In queste condizioni la IV Sezione ha dichiarato non valido e inefficace il concorso non perchè uno solo fosse il concorrente idoneo, ma perchè la normalità del concorso era stata turbata da una limitazione della libertà di partecipazione in forza di un ordine dell'Associazione, cioè di una diffida che i soci osservarono astenendosi dal concorrere.

XXXVI. — Formalità necessarie nel caso di licenziamento per fine del periodo di prova.

Il licenziamento per fine del periodo di prova deve essere deliberato in seduta segreta e a scrutinio segreto, trattandosi di un atto concernente persona e dovendosi discutere del servizio prestato e delle qualità del medico, facendosi cioè questioni di persona (art. 298 e 299 legge Com. e Prov.).

A norma dell'art. 161 del regolamento per l'esecuzione della legge suddetta, le formalità seguite nella votazione devono risultare esplicitamente; ma la violazione di questa norma non costituisce nullità «quando dallo stesso verbale risulti in *modo chiaro e incontrovertibile*, da elementi obbiettivi e reali e non da meri opinamenti che le forme volute dalla legge furono, nel deliberare, dal Consiglio adempiute». (Nel caso deciso risultava che si era proceduto alla votazione per *schede* e che il Presidente ne fece lo scrutinio con l'assistenza di tre scrutatori).

Consiglio di Stato, Sez. IV, sentenza 23 maggio 1923, n. 315, ric. dott. Tortella.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Libere docenze.

Il Ministro della Pubblica Istruzione ha disposto che il termine utile per la presentazione delle domande di libera docenza scada per il corrente anno col 15 giugno 1924.

Le domande degli aspiranti alla libera docenza, redatte su carta bollata da lire tre, debbono essere indirizzate al Ministero e contenere l'indicazione della materia per la quale si chiede l'abilitazione, che può essere concessa per qualsiasi disciplina, anche se non vi corrisponda un insegnamento ufficiale nell'ordinamento didattico delle Università e degli Istituti Superiori.

Alla domanda debbono essere allegati i seguenti documenti:

a) atto di nascita;

b) certificato che il candidato è cittadino italiano o italiano non regnicolo;

c) certificato di buona condotta rilasciato dai Sindaci dei Comuni nei quali il candidato ha avuto la sua residenza durante l'ultimo triennio;

d) certificato generale rilasciato dall'ufficio del casellario giudiziario;

e) notizie sulla propria operosità scientifica e sulla propria carriera didattica in tre esemplari;

f) tre copie di ogni pubblicazione;

g) qualsiasi altro titolo, documento o pubblicazione che il candidato intenda presentare nel proprio interesse, nel numero di copie che crede opportuno.

I documenti di cui alle lettere *a*) *b*) *c*) *d*) debbono essere legalizzati; quelli di cui alle lettere *b*) *c*) *d*) debbono essere, inoltre, in data non anteriore a tre mesi a quella della domanda.

I candidati che comunque appartengono all'Amministrazione dello Stato sono dispensati dal produrre i documenti suindicati, ma debbono presentare una attestazione rilasciata dalla competente Autorità dell'Amministrazione a cui appartengono, dalla quale risulti che essi trovansi in attività di servizio. (Circolare 2 maggio 1924, n. 37).

Cronaca del movimento professionale.

Per i Sanitari comunali della provincia di Bari.

Il Direttorio della Corporazione Sanitaria Provinciale di Bari ha presentato a quel Prefetto un memoriale, nel quale dopo varî considerando sono espressi i seguenti voti:

a) Che la Giunta Provinciale Amministrativa nell'assegnare gli stipendi minimi dei sanitari comunali (ufficiale sanitario, medico condotto, veterinario condotto e farmacista comunale) giusta quanto prescrive l'art. 34 del R. Decreto 30 dicembre 1923, n. 2889, parta dallo stipendio base residenziale di L. 9500 (detratte della tassa di ricchezza mobile e del contributo Monte-pensioni si riducono a L. 7900), integrato da otto aumenti periodici biennali del ventesimo dello stipendio, e per le condotte consorziali di L. 1000 in più per ogni Comune non escluso il Comune capo-consorzio, oltre una indennità annua di L. 3000, solo a favore dei farmacisti comunali, perchè non hanno proventi del libero esercizio professionale;

b) Che ai sanitari comunali sia corrisposta, e con effetto retroattivo, l'indennità caro-viveri, nella stessa misura, e per la stessa durata di tempo concessa agli altri impiegati del Comune;

c) Che nei Comuni della Provincia di Bari, tutti di notevole importanza, tranne che in casi veramente eccezionali, la carica di ufficiale sanitario sia affidata a un medico libero esercente;

d) Che siano conservate tutte le condotte veterinarie attualmente esistenti ed aumentate di numero nei Comuni con notevolissima popolazione zootecnica.

e) Che per il servizio veterinario del Comune di Bari sieno conservate le quattro condotte che funzionavano nell'ante guerra;

f) Che in ogni Comune o frazione di Comune, non vi sia meno di un medico condotto per i primi diecimila abitanti, un secondo per le frazioni e fino a ventimila abitanti, e dopo tale numero, un medico per ogni ventimila abitanti o frazione.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione; vedi fasc.* 22).

	Lire
Dott. Campatelli Vincenzo, Firenze	50
Prof. Catterina Attilio, Genova	50
Dott. Aquino Andrea, id.	5
Prof. Bruschettini Alessandro, id.	50
Dott. Foroni Camillo, id.	50
Dott. Vinelli Paolo, id.	20
Dott. Gaggero Emanuele, id.	20
Dott. Burlando Eugenio, id.	50
Dott. ssa Gardella Elisa, id.	25
Dott. Belotti Roberto, id.	25
Dott. De Andreis Rodolfo, id.	25
Dott. Dal Pino Cino, Pistoia	10
Dott. Vannucci Faustino, id.	10
Dott. Lomi Pio, id.	10
Dott. Lotti Pietro, id.	10
Dott. Magni Silvio, id.	10
Dott. Venturini Mario, id.	10
Dott. Sani Osvaldo, Vico d'Elsa	50
Prof. Giannettasio Nicola, Firenze	50
Dott. Magi Augusto, Firenze	20
Dott. Boni Dante, id.	20
Dott. Arzelà Igino, id.	10
Prof. Paparcone Ernesto, id.	50
Dott. Angeletti Francesco, id.	10
Dott. Paoli Gaetano, id.	5
Dott. Pagani Paolo, id.	10
Dott. Belli Francesco, id.	20
Dott. Capuzzo Zaccaria, id.	20
Dott. Miliani Antonio, id.	10
Dott. Fairman Edoardo, id.	25
Dott. Piperno Dino, id.	20
Dott. Talei Camillo, id.	20
Ten. M. Longo Domenico, Genova	70
Dott. De Angelis Gaetano, id.	50
Dott. Asquasciati Francesco, S. Stef. al Mare	10
Dott. Salvatico Attilio, Calizzano	10
Dott. Camosci Umberto, Firenze	100
Prof. Arnone Luigi, id.	25
Dott. Burgassi Giovanni, Galluzzo	100

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. — Condotta suburbana (S. Michele); L. 5000 (*sic*) e sei bienni del 4 % fino a L. 6200 per il 5 % della popolaz.; addizion. L. 4, calcolando i poveri in ragione di 3 per ogni fam. iscritta; un c.-v.; L. 300 per uff. san.; L. 300 supplenza; indenn. trasp. (L. 1800 se cav., L. 800 se motocicl., L. 500 se bicicl.). Ha. 2842; ab. 2851; fam. pov. 44. Scad. 30 giugno.

BONDIONE (*Udine*). — Consorzio. Stipendio e indennità L. 14.400. Aumenti periodici. 2 indennità c.-v. Tassa concorso L. 30,10. Documenti di rito. Gratuita abitazione civile. Scadenza al 15 giugno. Richiedere avviso Segreteria comunale.

CARPINETO ROMANO (*Roma*). — 2ª cond.; L. 7000 per 2000 (*sic*) pov.; due c.-v.; 5 quadrienni dec. Scad. ore 18 del 12 giu. Età lim. 35. Vaglia postale di L. 50.10 al tesoriere comun. Serv. entro 20 g.

CETONA (*Siena*). — Scad. 15 giu. 2ª cond. Stip. L. 6500; cav. L. 2000 (nette); doppio c.-v. Tassa conc. L. 50.

CREMONA. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Un medico aggiunto e due chirurghi aggiunti; L. 6000 oltre L. 1200 c.-v. e 4 quinquenni fino al 50 % stip. iniziale. Età lim. 45. Triennio in Clinica o grande Osped. o Univers. Biennio di esperim. — Direttore Gabinetto Radiologia. Stipendio iniziale L. 12,000 lorde; ind. c.-v. L. 1200; 4 aumenti quinquennali. Età lim. 45. Sei anni laurea; quattro anni pratica radiologica; divieto esercizio gabinetto radiologico proprietà. — Scad. (dei quattro concorsi) ore 18 del 30 giugno.

FIRENZE. *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti*. — Due med.-chir. assistenti: età mass. 30 al 20 giu.; nom. e conferme biennali: L. 5000 oltre le indenn. c.-v. Scad. ore 18 del 20 giugno.

FOLIGNO (*Perugia*). *Congregazione di Carità*. — Direttore medico primario dell'Ospedale San Giov. Batt. A tutto il 30 giu. Rivolgersi alla Segreteria. Età lim. 40. L. 6000 primariato e L. 3000 direzione; sessenni decimo. Serv. entro 30 giorni.

FOSDINOVO (*Massa Carrara*). — 1ª zona; scad. 20 giugno. Età lim. 35. L. 6000 e 4 quinquenni decimo per 88 fam. povere; ab. 2000, di cui 1950 agglomerati; per cav. L. 1500. Serv. entro 15 g. Obbligo sostituz. medico dell'altra zona con indenn. giornaliera di L. 10.

MANIAGO (*Udine*). — Scad. 15 giu.; 2º reparto. Rivolgersi al segretario comunale.

NIGOLINE (*Brescia*). — Consorzio. Ab. 2065 di cui 200 circa pov.; estens. kmq. 10; L. 7000 stip., L. 1000 mezzo trasp. senz'obbligo cavallo; L. 300 uff. san.; c.-v.; compless. L. 10,700. A tutto 30 giu.

OSTELLATO (*Ferrara*). — Scad. 15 giu.; 3ª cond. L. 10,000 e 5 quadrienni dec.; L. 3000 quota complement. variabile in funz. di c.-v. Vaglia postale di lire 50.15.

PLACANICA (*Reggio Cal.*). — Scad. 30 giorni dal 13 mag. L. 4000 (*sic*) e 5 quadrienni decimo per 100 famiglie; L. 5 ogni fam. in più; L. 1200 (*sic*) per cav.; L. 500 profilassi antimal.; L. 600 uff. san. In corso aumento stip. a L. 6000. Età lim. 45.

PORTO SAN GIORGIO (*Ascoli Piceno*). — Al 15 giu. Chirurgo; L. 6500 residenza e cura poveri; doppio c.-v. come statali; aumenti periodici come impiegati del Comune. Ab. 5400 al centro, 640 sparsi su ha. 773. Biennio di assistentato in Clinica od Ospedale di grande città del Regno; almeno un anno in reparto chirurgico. Vaglia di L. 50 tassa concorso.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — Scad. 20 giu.; 5ª cond. med. (Montemassi); L. 9000.

RONCOFREDDO (*Forlì*). — A tutto 25 giu., 1ª condotta; vedi fasc. 20.

SPECCHIA (*Lecce*). — Scad. 20 giu. L. 5000 (*sic*) iniziali per 1500 (*sic*) pov.; L. 5 addizionali.

SPERLINGA (*Catania*). — Stip. L. 5000 (*sic*); per uff. san. L. 500; indennità provvista medicine lire 1500. Scad. 30 giug. Rivolgersi Segreteria comunale. Vaglia postale di L. 50, intestato al Tesoriere comunale.

SPINETE (*Campobasso*). — A tutto 15 giu.; lire 4,500 (*sic*) e tariffa abbienti, 5 quinq. decimo, L. 500 uff. san. Età lim. 39. Accettaz. entro 8 g., servizio entro 20 g.

UDINE. *Amministraz. Provinc. del Friuli*. — Medico di Sezione nel Manicomio Provinc. Vedi fascicolo 21. Scad. ore 18 del 12 giug.

CONSOLATO REALE D'EGITTO IN ROMA (*per il Ministero della pubblica istruzione d'Egitto, Scuola di medicina del Governo Egiziano*). — Posto di professore di biologia alla Scuola di Medicina del Governo del Cairo, con lo stipendio annuo di lire egiziane 900-1140.

L'insegnamento è in arabo o in inglese. I postulanti devono giustificare d'una esperienza professorale nell'insegnamento della biologia (compresa botanica) di almeno tre anni a qualche Università o istituzione riconosciuta. Le copie o referenze concernenti i loro lavori anteriori devono accompagnare la loro domanda e giungere al Ministero al più tardi il 15 giugno 1924, per tramite del Consolato Reale d'Egitto in Roma, che può fornire agli interessati tutte le altre informazioni in riguardo.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. comm. Cesare Agostini, direttore dell'Istituto di Medicina Legale della Università e dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Perugia, è nominato grande ufficiale dell'Ordine della Corona d'Italia.

Il dott. comm. Emilio Di Tommasi, direttore delle Terme di Agnano, è stato insignito dal Re di Spagna della commenda dell'Ordine di Isabella la Cattolica.

NOTIZIE DIVERSE.

I Congressi di Napoli.

In occasione delle feste centenarie dell'Ateneo partenopeo si sono adunati a Napoli importanti Congressi scientifici, tra i quali i seguenti:

CONGRESSO DELLA SOCIETÀ PER IL PROGRESSO DELLE SCIENZE. — In questa riuscitissima manifestazione dell'unità del pensiero scientifico, sono stati svolti e dibattuti importanti problemi.

Nel campo medico il prof. E. Centanni ha trattato della terapia dei tumori, sostenendo il concetto che molte risorse terapeutiche (raggi penetranti, dieta, ecc.) agiscono indirettamente sulle cellule neoplasiche, esaltando la resistenza dell'organismo; il prof. I. Gradenigo si è occupato dell'eredità patologica nell'uomo, applicando i principi mendeliani e distinguendo l'eredità continua a tipo dominante, la discontinua a tipo recessivo e l'eredità legata o limitata ad uno dei sessi: queste nozioni egli ha applicato alla sordità progressiva (otosclerosi). Molte comunicazioni d'interesse medico, segnate sul programma, non poterono essere effettuate.

CONGRESSO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA. — Ha assunto il più ampio sviluppo, grazie alla magnifica organizzazione diretta dal prof. G. Miranda, efficacemente coadiuvato dal segretario generale prof. S. Piccoli.

Il Congresso venne inaugurato con una solenne e commovente cerimonia, in cui fu scoperto un busto di Ottavio Morisani.

Oltre agli italiani, hanno partecipato al Congresso parecchi stranieri, tra cui i proff. Faure di Parigi, Schikelé di Strasburgo, Beuttner di Ginevra, Schockart di Lovanio, ecc.

I lavori scientifici sono stati intramezzati da gite e divertimenti.

Di questo Congresso, che per la materia interessa da vicino i medici pratici, comunicano un ampio resoconto del prof. C. Micheli in altra parte del fascicolo.

CONGRESSO DI OCULISTICA. — Organizzato dal prof. A. Angelucci, venne destinato prevalentemente allo studio del tracoma e alla lotta sociale contro questa malattia. Vi hanno partecipato insigni specialisti stranieri, tra i quali Morax e Coulomb di Parigi, Gallaemerts di Bruxelles, ecc. Il Morax riferì sulla contagiosità del tracoma nelle scuole; il Coulomb sull'igiene della cavità orbitaria; Sgrosso sull'immunità generale e locale contro il tracoma; Paparcone sull'igiene e profilassi del tracoma sulle scuole di Firenze; Tornatola sull'oftalmoblenorrea dei neonati, ecc.

I congressisti rimasero ammirati della visita all'Istituto dei tracomatosi, unico in Italia, dovuto alla tenacia e ferma fede del prof. Angelucci.

CONGRESSO DI EUGENICA. — La 2ª riunione nazionale di eugenica venne inaugurata con un discorso del sen. L. Bianchi sull'igiene sessuale; seguirono le relazioni dell'on. P. Capasso sul certificato prematrimoniale, del prof. Scuri sull'educazione sessuale nelle scuole, del prof. V. Montesano sulla Lega nazionale contro il pericolo venereo, e comunicazioni di Verrotti, Dorello, Landolfi, Castellino, Corso ed altri.

La Conferenza per l'emigrazione ed i servizi igienico-sanitari.

La Conferenza internazionale dell'emigrazione, adunatasi a Roma negli scorsi giorni, ha preso in esame i servizi igienico-sanitari, in seno alla 1ª Commissione.

Questa ha approvato i seguenti progetti concordati da Sottocommissioni speciali: per l'utilizzazione reciproca dei servizi sanitari e di assistenza a bordo delle navi trasportanti emigranti di diverse nazionalità, e per regolare le relazioni tra i funzionari; sull'organizzazione sanitaria delle navi destinate al trasporto degli emigranti; sulle condizioni minime cui dovrebbero soddisfare le navi per essere dichiarate adatte al trasporto transoceanico degli emigranti e regole relative al controllo delle navi allo scopo di eliminare le perdite di tempo e di assicurare l'esecuzione scrupolosa delle istruzioni (relazione della delegazione italiana); sull'organizzazione igienica e sanitaria dei porti per il servizio di emigrazione (su proposta italiana); regolamento internazionale del controllo sanitario degli emigranti, richiesto dai paesi di immigrazione e di transito.

Il delegato inglese ha espresso il suo compiacimento per l'accordo raggiunto grazie allo spirito di conciliazione dei delegati dei diversi Paesi.

Onoranze al prof. B. Grassi.

L'iniziativa di un gruppo di allievi di onorare degnamente in occasione del suo 70° compleanno e 41° d'ininterrotto insegnamento l'illustre scienziato che è onore del nostro Paese e che con le sue scoperte del modo di trasmissione della malaria, delle metamorfosi dell'anguilla, del ciclo evolutivo della fillossera della vite, per non citare che le maggiori, ha portato, oltre ad un altissimo contributo alla scienza, anche una considerevole utilità pratica nel campo dell'igiene, dell'agricoltura, della pesca, ha incontrato la più larga adesione non solo negli ambienti scientifici, ma anche in tutti quei circoli che riconoscono quale fonte di progresso possa aversi promovendo gli studi biologici.

S. M. il Re ha concesso il suo Alto Patronato alla Fondazione che s'intitolerà all'illustre biologo e che sarà destinata a promuovere le ricerche nel campo zoologico della Parassitologia.

S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione ha accettato la Presidenza Onoraria del Comitato.

Le somme finora raccolte ascendono a circa 80 mila lire. La Fondazione stessa sarà amministrata dalla Reale Accademia dei Lincei che con la sua autorità scientifica è l'Ente meglio indicato a tutelare che i fondi raccolti vengano ben impiegati nell'interesse della scienza.

Le solenni onoranze, alle quali interverranno le più alte personalità scientifiche e politiche, sono indette per le ore 10.30 del 15 giugno corr. nell'aula massima dell'Università di Roma, sotto gli auspici del magnifico rettore.

Lega Italiana contro il pericolo venereo.

Ad iniziativa del prof. Ettore Levi e di altri benemeriti, in nome dell'Unione internazionale contro il pericolo venereo, si è tenuto a Roma, il 25 maggio un convegno per la costituzione della Lega italiana.

Parteciparono all'adunanza molte e spiccate personalità, tra cui gli on. Luzzatti, Sanarelli, L. Bianchi, E. Ferri, Baglioni, Bussi, il gen. Della Valle, il comm. Baccelli, i proff. Pacini, Cappelli, Bosellini, Casagrandi, Montesano, ecc. ecc. Parlarono il prof. Levi, S. E. Luzzatti, il sen. Bianchi, il prof. Montesano. Da ultimo venne approvato lo Statuto.

L'adunanza si chiuse con una cinematografia degli organi sessuali e delle malattie veneree, illustrata dai proff. Levi e Bosellini.

Congresso di logopedia e fonoiatria.

È indetto a Vienna dal 3 al 5 luglio, nell'Istituto fisiologico dell'Università. Verranno discussi i seguenti temi: 1) Afasia; 2) Balbuzie; 3) Disturbi fonetici e intelligenza; 4) Assistenza scolastica ai bambini difettosi di pronunzia; 5) Malattie della voce parlata e cantata. Per comunicazioni, adesioni, informazioni rivolgersi prontamente al dottore H. Stern (Wien IX, Mariannegasse, 15) o ad altri promotori del Congresso.

Il 1° Centenario dell' Accademia medico-fisica di Firenze.

Il 15 maggio nell'anfiteatro anatomico dell'Istituto superiore, alla presenza di centinaia di professori e dottori, tra cui i rappresentanti di vari corpi scientifici italiani, si svolse la celebrazione del primo centenario dell'Accademia medico-fisica fiorentina. Il preside prof. Burci illustrò quali siano le benemerenze dell'Accademia, la fama che gode in Italia e all'estero. Dopo che il prof. Castaldi ebbe letto le numerose adesioni, il prof. Andrea Corsini pronunciò il discorso ufficiale sulle origini dell'Accademia.

In questa occasione furono eletti soci corrispondenti per l'Italia: Bianchi L., Albertoni, Putti, Golgi, Giordano, Grossich, Nicolich, Belfanti, Castellani, Maiocchi, Cardarelli; per l'Estero: Cajal, Roux, Widal, Strümpell, Glay, Magnus, Sherrigton, Langley, Braun, Bechterew, Mayer, Noguchi, Unna, Brocq Iadescher, Pierre Marie, Babinski, Kraepelin, Wilson.

Verrà pubblicato un volume commemorativo.

Nell'Associazione Milanese per la lotta contro la tubercolosi.

L'assemblea generale ha proceduto alla rinnovazione del Consiglio Amministrativo, il quale, insediatosi il 1° maggio, ha eletto presidente il dott. comm. Enrico Villa e vice presidente il signor Luigi Bossi e si è riservato di disporre per le altre cariche per le Commissioni necessarie al funzionamento dell'O. P.; ha sollecitato le pratiche per l'invio dei bambini alla sua Colonia marina a Pesaro; ha stabilito di prendere in esame il grandioso progetto per l'erigendo Dispensario Antitubercolare, studiato e predisposto dall'egregio architetto Carrer.

Esposizione d' igiene applicata all' industria.

Si terrà a Montecatini nelle Gallerie del Teatro Kursaal durante l'estate. È garantita la partecipazione di molte ed accreditate Ditte dell'Italia ed anche dell'Estero.

Istituto per la fisiologia in alta montagna.

Si è svolta a Davos l'inaugurazione ufficiale dell'Istituto per la fisiologia in alta montagna e per gli studi sulla tubercolosi; alla cerimonia parteciparono i rappresentanti di numerose Università, associazioni, autorità cantonali e federali, istituti scientifici; parlarono il presidente dell'Istituto dottore Buol, il prof. Loewy, il prof. Dorno.

Corso di perfezionamento di clinica pediatrica.

Avrà luogo dall'11 giugno all'11 luglio presso la R. Clinica Pediatrica dell'Università di Roma. Domanda al Rettorato su carta da L. 2; pagamento alla Cassa Universitaria di L. 21.80; quota d'iscrizione, da versare all'Economato dell'Università, L. 250.50, più L. 50.10 per tassa d'esami e diploma.

I perfezionandi, laureati in altre Università, debbono produrre i certificati di laurea e di nascita (quest'ultimo legalizzato).

Corso d' Igiene scolastica.

Il 2 giugno si è iniziato, presso il R. Istituto d'Igiene di Genova, un corso mensile teorico-pratico per la preparazione alla funzione di medico scolastico. Il corso, autorizzato dalla Direzione generale di Sanità, è gratuito; le iscrizioni sono state limitate a venti. In seguito ad esame verrà rilasciato un diploma.

Intercambio colturale.

La Facoltà di Scienze giuridico-sociali della Plata, la quale ha istituito nel suo seno un Laboratorio di Fisiologia del lavoro professionale, ha deliberato di invitare il prof. Mariano Patrizi, ordinario di Fisiologia nella R. Università di Modena, a tenere dieci conferenze sperimentali (vertenti principalmente sulla fisiologia del lavoro manuale e intellettuale) nelle Università dell'Argentina. L'iniziativa è assunta dalla sopradetta Facoltà e dall'Istituto biologico Argentino; essa non è la prima del genere, e mira a proseguire la pratica degli scambi colturali e l'opera di penetrazione della scienza italiana.

Propaganda igienica.

Il prof. Gusina, direttore del Frenocomio di Trieste, ha avviato un ciclo di conferenze e conversazioni familiari di propaganda igienica per insegnanti elementari; la conferenza inaugurale concernette il tema: «L'igiene e la scuola». Il corso viene tenuto dalla sezione locale dell'Assoc. Ital. per l'Igiene, di cui il Gusina è presidente.

* * *

L'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale ha pubblicato ed ha diffuso quattro fogli volanti i quali contengono istruzioni e consigli generici per evitare le malattie veneree per i malati di sifilide, di blenorragia, di ulcera molle.

Sono redatte con chiarezza e precisione e si renderanno utili per la profilassi e per stimolare alla cura.

Deputati medici.

Tra i deputtai medici di nuova elezione figurano tre professori universitari, tutti e tre della lista nazionale (fascio): Gabbi Umberto di clinica medica a Parma, Muscatello Giuseppe di clinica chirurgica a Catania e Salvi Giugno di anatomia umana normale a Napoli; figurano sette liberi docenti, di cui cinque appartenenti alla lista nazionale: Bianchi Vincenzo di clinica delle malattie mentali e nervose a Napoli, Cucco Alfredo di clinica oculistica a Napoli, Messedaglia Luigi di patologia e clinica medica a Padova, Morelli Eugenio di patologia e clinica medica a Pavia, Perna Amedeo di odontoiatria e prostesi dentaria a Roma; uno del partito popolare: Anile Antonino di anatomia umana normale a Napoli; uno del partito comunista: Maffi Fabrizio d'igiene e polizia sanitaria a Parma.

L'ultima lezione del sen. Albertoni.

Il sen. Albertoni ha lasciato, per limite d'età, la cattedra da lui illustrata con una produzione scientifica di raro valore e con l'efficacia dell'insegnamento. L'ultima lezione dell'insigne studioso ha assunto una speciale solennità.

Si è costituito un Comitato, il quale si propone di far sorgere un ricordo del Maestro che ha dato alla biologia più di 50 anni di vita prodigiosamente feconda. Del Comitato è segretario il prof. Lodovico Beccari, Istituto di Fisiologia, Bologna.

In onore di Lustig.

L'Istituto Biologico Argentino ha istituito una borsa di studio biennale intitolata al prof. Alessandro Lustig di Firenze, per giovani medici che desiderino coltivare gli studi biologici; ogni assegnazione importerà 6000 pesos (ossia circa 20,000 lire italiane).

In onore di Aufrecht.

Il 13 marzo u. s. il prof. Aufrecht ha celebrato il suo 80° compleanno. Egli ha diretto per 40 anni, fino al 1906, la Sezione Medica dell'Ospedale Municipale di Magdeburgo. La classe medica conosce i suoi trattati: «Clinica delle infiammazioni polmonari» nell'enciclopedia di Nothnagel e «Patologia e terapia delle nefriditi diffuse», rimasto classico; tra i suoi contributi originali sono da segnalare quelli sulla genesi e manifestazioni cliniche dei calcoli biliari, sulla cirrosi epatica, sulla diagnosi e cura delle pleuriti, ecc.; di recente si è occupato in specie della batteriologia dei raffreddori comuni e dei rapporti di questi con altre malattie.

Mensa Universitaria a Pavia.

Col primo maggio ha aperto i suoi battenti e le sue cucine a Pavia la Mensa Universitaria, provvida istituzione che ha un successo grandissimo, ciò che è naturale quando si pensi che la retta per ogni pasto è stabilita in L. 3.50.

Mensae medicae a Berlino.

Una circolare che reca la firma di molti tra i più chiari docenti di Berlino invita a sottoscrivere per mantenere in vita le provvidenziali cucine economiche per medici poveri, i quali vengono così sottratti temporaneamente ai tormenti della fame. Le offerte vanno trasmesse alla Banca Mendelssohn & C., Berlin W. 8, Jagerstrasse 51, e indirizzate al Konto des Freudenshilfe, Abth. Mensae Medicae.

La circolare è pubblicata nei periodici medici di Vienna.

Anche nei settimanali medici degli S. A. d'A. si lanciano appelli alla carità internazionale per aiutare i medici e la scienza medica della Germania. Presidente del Comitato nord-americano è L. Hektoen, del Mc-Cornick Institute di Chicago.

Associazione medica nazionale della Cina.

Ha tenuto la sua 5ª conferenza biennale dal 7 al 12 febbraio u. s., a Nanking. Vennero eletti per il nuovo biennio: presidente il dott. W. L. Niù; segretari i dottori C. L. Kau e W. S. Niù; tesoriere il dott. K. Ciò.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di marzo 1924.

MALATTIE	3-9		10 16		17-23		24-30	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	219	1651	213	1908	229	2026	236	2349
Scarlattina. .	89	191	96	219	71	185	75	207
Vajuolo e vajoloide . . .	1	2	2	3	2	2	3	4
Tifo addominale . . .	77	132	101	177	83	160	84	162
Difterite e croup . . .	178	304	199	377	155	266	170	328
Meningite cerebro-spinale	4	4	9	10	3	10	6	7
Dissenteria	1	3	—	—	2	2	1	1
Tifo petecchiale . . .	—	—	—	—	—	—	—	—

Tifo petecchiale, colera asiatico, peste bubbonica nessuna denunzia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Giorn. Med. Milit., 1 apr. — G. GRISCONI. Per una nuova razione alim. del soldato ital. — L. TOMARKIN. 21 casi di polmonite curati coll'« antimicrobina Tomarkin ».

Biochim. e Terapia Sperim., 31 mar. — G. OLIVI. Comportam. di alcune proprietà dei sieri esposti alla luce solare.

Pathologica, 15 apr. — E. GAMNA. Lesioni siderotiche nelle splenomegalie croniche. — G. JOTTI. Anatomo-patologia della morte da insulina

Revue Tunis. Sciences Méd., mar. — U. ÜZAN. Una famiglia di disendocrinici.

Bull. Acad. de Méd., 15 apr. — J. GUISEZ. Sifilide dell'esofago.

Spitalul, apr. — T. MIRONESCO. Manifestazioni cutanee e oculari nella malaria.

Journal Amer. Med. Assoc., 12 apr. — J. BRAMS. Isolamento del bac. di Ducrey. — V. YANAGI. Metodo colorimetrico di determinazione dell'urea con l'ureasi. — J. L. MILLER e P. LEWIN. Caratteri anafilattici dell'idartrosi intermittente. — A. ZINGHER. Sangue, plasma e siero di convalescenti per la profilassi del morbillo.

Journal de Méd. de Paris, 19 apr. — M. LABBÉ. Trattamento dell'acidosi e del coma diabetico.

Journal d. Sc. Méd. de Lille, 27 apr. — G. DIDIER. Le tracheiti pure e il loro trattamento.

Amer. Medic., mar. — E. ABDERHALDEN. Avitaminosi e anincreatinosi. — W. HELD. Esperienze di sierologia e terapia del cancro.

Revue Franç. de Gynéc. et d'Obt., 10 apr. — L. CHEVALIER, J. FUMERY e C. DAUSSE. Autovaccinoterapia delle affezioni utero-annessiali.

Clin. Pediatrica, mar. — S. TRONCONI. Il calcio nel liquido cefalo-rachid. di bambini rachitici e spasmofili.

Wien. Klin. Wochens., 17 apr. — L. SCHÖNBTNER e G. TICHELTER. Interessante reperto ematologico post-operativo.

Amer. Journ. of Obst. a. Gynec., apr. — A. B. DAVIS. Taglio cesareo extra-peritoneale in travagli protratti e presumibilmente infetti. — E. I. KING e W. DENIS. L'acido urico del sangue nelle tossiemie della gravidanza.

Bull. Ac. Méd., 8 apr. — G. WEISS. L'insegnamento della medicina e la situazione delle Facoltà. — G. DELAMARE, S. DJÉMIL e ARCHITOUV. Spirochetosi cecale, scorbuto sperimentale e melena.

Cancer, 15 mar. — B. MURPLEY, J. MAISIN ed E. STURM. Azione dei raggi X sullo sviluppo dei tumori spontanei del topo. — LEDONA. Trattamento curie-chirurgico del cancro laringeo. — E. NEUMAN e G. CORYN. Trattam. del cancro del seno. — F. BREMER, H. COPPÉE e F. SLUYS. Radioter. prof. dei tumori (non ipofisari) dell'encefalo

Presse Méd., 9 apr. — HUDELO e RABUT. Incidenti e accidenti della bismutoterapia nel trattamento della sifilide.

Liguria Med., 1 mar. — G. DEL VIVO. Lesioni gommose sifilitiche interessanti tutto un arto inferiore.

Arch. di Farmac. e Sc. aff., 1 apr. — F. AMANTEA. Azione del bismuto sul sangue e sugli org. emopoietici. — S. VISCO. Minimo di aminoacidi indispensabile con le proteine di Lathyrus cicera.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

☛ Ai Chirurgi ed agli studiosi di questioni Urologiche

ricordiamo l'importante volume, recentemente uscito, degli Atti del 2° Congresso della

SOCIETA' ITALIANA DI UROLOGIA

tenutosi in Roma il 24 Ottobre 1923.

Esso contiene i seguenti interessantissimi lavori:

Il volume, che ai Soci fondatori, ordinari ed onorari della Società stessa, è concesso *Gratis*, trovasi in commercio al prezzo di L. **60** più le spese postali di spedizione. La nostra Amministrazione, in considerazione dell'importanza degli argomenti trattati ed allo scopo di rendere più facile ai proprii abbonati, non inscritti alla Società suddetta, l'acquisto dell'interessante Volume, si è posta in grado di poterlo cedere franco di porto per sole L. **48** se in Italia e L. **55** se all'Estero.

N.B. — Aggiungendo al predetto importo L. **17** se per l'Italia o L. **20** se per l'Estero, si riceverà anche il Volume degli *Atti del I Congresso* (Firenze, 24 ottobre 1922), contenente ben 36 importantissimi Lavori.

Inviare Assegno Bancario o Cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, n. 14 - Roma.

ANNO XXXI — Roma, 16 Giugno 1924 — Fasc. 24

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA - VII PADIGLIONE
Primario: Prof. U. ARCANGELI.

Le istillazioni intratracheali nella cura della bronchite fetida e della gangrena polmonare.

Dott. ENRICO FRONTICELLI.

Ogni medico conosce per esperienza quanto scarsi ed incerti siano i risultati forniti dai comuni mezzi terapeutici nella cura di alcune gravi e moleste affezioni dell'apparato respiratorio, quali la bronchite fetida e la gangrena del polmone.

Nè molto brillanti — quando si tratti di gangrena del polmone — sono i risultati della chirurgia: infatti, perchè la cura chirurgica abbia successo, è necessario che il focolaio gangrenoso sia facilmente accessibile, ed anche quando tale circostanza si verifichi, resta il pericolo di una embolia cerebrale dai vasi polmonari quasi sempre trombizzati.

Un valido aiuto nella terapia della gangrena polmonare può essere fornito dal pneumotorace terapeutico, per l'immobilizzazione del polmone e per la compressione della zona suppurante che dovrebbe determinare un arresto dei fenomeni infiammatori. Il Forlanini, nel 1910, riferì un caso di accesso del polmone guarito con tale sistema, e più recentemente Emile Weil, G. Rosenthal, E. Leuret, Parodi, tornarono sull'argomento, riferendo molte osservazioni in proposito e definendo esattamente le indicazioni di tale metodo di cura. Indicazioni peraltro molto scarse, trattandosi spesso di forme vecchie con aderenze notevoli e con indurimento polmonare.

Quando debba essere esclusa la possibilità di una cura chirurgica, sempre di risultati dubbi, o di un pneumotorace terapeutico, vista la inefficacia della comune cura medica, non restano che le istillazioni intratracheali di certe sostanze medicamentose, il solo sistema che a nostro avviso sia capace di fornire risultati spesso soddisfacentissimi, sempre che il focolaio gangrenoso sia accessibile al medicamento introdotto per la via bronchiale.

L'idea di introdurre i medicamenti direttamente nei bronchi è piuttosto vecchia, e crediamo risalga a Lemoyer, che alla fine del secolo scorso pensò di fistolizzare la trachea per immettere dalla fistola le sostanze medicinali. Mendel, qualche anno dopo (1886), fece costrurre una apposita piccola siringa a tre anelli e per primo praticò istillazioni per via glottidea.

Questo metodo di cura ha una base fisiologica sulle esperienze di Claude Bernard e sui lavori di Roger e di Colin d'Alfort, i quali dimostrarono la possibilità di iniettare lenta-

mente liquidi nel polmone e la capacità assorbente del parenchima polmonare.

Furono istillate parecchie sostanze: il guaiacolo, l'eucaliptolo, il gomenolo, sciolti in olio d'oliva al 5, 10 o 15 %, il mentolo al 2 %. È risaputo che specialmente il gomenolo e l'eucaliptolo hanno una azione sterilizzante molto notevole, per l'ozono che mettono continuamente in libertà. Venendo essi a contatto con materiali settici, determinano una graduale disinfezione, ed esercitano una azione topica sulla mucosa bronchiale alterata. Parimenti, quando possono giungere in un focolaio gangrenoso, impediscono lo sviluppo della ricchissima flora batterica aerobia ed anaerobia, arrestano lo sfacelo gangrenoso e di conseguenza facilitano i processi riparativi. Le sostanze in questione vengono poscia lentamente assorbite dal parenchima polmonare, passano in circolo, e si eliminano sopratutto per le vie respiratorie, in grado minore con le urine. Perciò dopo una prima azione diretta hanno una azione secondaria, col vantaggio che mancano totalmente i disturbi digestivi dovuti alla loro somministrazione gastrica. Non notammo mai albuminuria o altri fenomeni di risentimento renale.

***

Nella medicazione intratracheale abbiamo seguito sempre la via glottidea, reputando quella transtracheale troppo molesta per l'infermo.

Per introdurre le sostanze medicamentose in trachea, vengono consigliati diversi sistemi, alcuni dei quali indaginosi e molesti per l'infermo, altri mal sicuri, altri infine quasi brutali. Crediamo perciò utile riferire il sistema di cui ci valiamo, frutto di una paziente e vasta esperienza, che per la sua semplicità è alla portata di qualunque medico pratico.

Strumenti necessari: una siringa Record da 5 cc. a tre anelli o a spranghette (per essere bene afferrata). Cannula di acciaio a quarto di cerchio, innestata alla siringa stessa e terminante con un solo forellino. Due solidi porta-tamponi per l'anestesia del laringe. Una soluzione di novocaina al 10 %.

La istillazione intratracheale consta di tre tempi: 1° Anestesia della retrobocca e del laringe; 2° Introduzione della cannula; 3° Iniezione del liquido medicamentoso.

La anestesia deve essere accuratissima: afferrata la lingua con una striscetta di garza, si anestizza prima la retrobocca, poscia — tirando più fortemente la lingua e invitando il p. a pronunciare la vocale *a* — si penetra col tamponcino in laringe. È superfluo a nostro avviso usare lo specchietto per la visione indiretta, giacchè — tirando la lingua — automaticamente l'epiglottide si sposta verso l'avanti aprendo completamente la cavità laringea, ove è facilissimo penetrare. È bene tuttavia non entrare di colpo, ma spingere poco a poco il tampone sempre più in basso, fino a toccare le corde vocali. Si ripete l'operazione due o tre volte e ci si accerta dell'avvenuta completa anestesia. Giunto così il momento di istillare il liquido medicamentoso in trachea, l'ammalato deve essere posto seduto sul letto, con le gambe di fuori, col busto lateralmente appoggiato ad un origliere e piegato di circa 45° a destra o a sinistra secondo che si debba iniettare nell'una o nell'altra parte. La testa non deve seguire completamente la direzione del tronco, ma restare quasi dritta e leggermente china verso innanzi. In tal modo si evita nei limiti del possibile che il liquido ristagni nei ventricoli laterali del laringe, e si impediscono eventuali deviazioni verso l'esofago. Assicuratici che il p. stia ben comodo e possa respirare liberamente e profondamente, si afferra nuovamente la lingua e la si tira in avanti con una certa forza facendo pronunziare la vocale *a*. Seguendo poscia la base della lingua, si spinge in basso a poco a poco la cannula innestata alla siringa carica. Superato un certo senso di resistenza opposto talora dalla epiglottide spingendo la cannula in basso e un po' lateralmente, si giunge nel laringe.

Il p. deve allora respirare lentamente, profondamente; se l'anestesia è ben fatta esso non proverà alcuna molestia dalla presenza della cannula, che non deve esercitare pressioni violente ma restare in luogo senza sforzi o bruschi movimenti. Si cominci ad istillare il liquido con molta lentezza, spingendo lo stantuffo della siringa solo in principio di ogni espirazione. Iniettati un paio di cc. si estrae la cannula, sempre però tenendo modicamente tirata la lingua del p., che continuerà a respirare profondamente. La sostanza medicamentosa scende allora nei bronchi, e l'ammalato percepisce nettamente questa discesa con un senso di frescura. Affidandoci a questa sensazione del tutto esatta, ci sarà possibile dirigere il medicamento in questa o in quella parte dell'albero bronchiale, cambiando la posizione del paziente.

Dopo un piccolo riposo si riprende l'operazione, notando che è necessario, per la sua buona riuscita, iniettare il liquido a più riprese e con molta lentezza. Talora gli ammalati sono presi da tosse stizzosa unicamente

dovuta ad irritazione del laringe, per via della cannula che ha premuto troppo in questo o quel punto.

Una nuova pennellatura con la novocaina tronca il disturbo.

Il p. deve restare nella posizione assunta per la istillazione cinque o dieci minuti: poscia riprenderà la abituale giacitura.

***

La istillazione intratracheale — seppure ad una descrizione sommaria possa apparire un po' complicata — riesce in pratica di facile attuazione. Bisogna naturalmente essere calmi e pazienti, regolarsi secondo la tolleranza individuale, i dettami della propria esperienza, e tenere ben presente che una prima iniezione, comunque praticata, riesce piuttosto molesta, mentre le ulteriori medicazioni sono sempre meglio tollerate dal p. È anzi meglio far precedere la prima istillazione intratracheale da una iniezione sottocutanea di eroina, e nelle 3 o 4 successive far prendere all'ammalato qualche calmante, per evitare che tossendo espella rapidamente il medicamento. Nelle ulteriori istillazioni non v'è più bisogno di nulla: gli ammalati restano talora ore ed ore senza un colpo di tosse.

Praticando con questo sistema e con queste avvertenze le istillazioni intratracheali, non si possono avere inconvenienti di sorta: bisogna tuttavia — specialmente nella gangrena del polmone, — cominciare con piccole dosi, per poi salire alle dosi massime consentite dalla tolleranza individuale.

La cura può essere continuata indefinitivamente.

***

Intorno alla quantità di medicamento da istillare e alla frequenza delle istillazioni, non si possono stabilire regole fisse: esse variano caso per caso. Il gomenolo, sciolto in olio di olive al 5 o 10 %, può essere iniettato tutti i giorni, a giorni alterni o a più lunghi intervalli; e la quantità di liquido per ogni istillazione può variare dai due ai venti cc. All'olio gomenolato può essere unita una piccola dose di iodoformio (circa 10 ctg. ogni volta) utile specialmente nelle forme putride.

Il gomenolo è di gran lunga per questa cura il miglior balsamico: non produce che scarsa irritazione. Non egualmente potremo dire dello eucaliptolo, che provoca dopo qualche ora una tosse violenta, e dà luogo facilmente a fenomeni congestivi.

Intorno al mentolo e al guaiacolo non possediamo esperienza di sorta.

La pratica delle istillazini intratracheali, usate all'estero quasi correntemente nella cura delle malattie putride dei polmoni e dei bronchi, in Italia è pochissimo diffusa, e non sapremmo ricordare che una memoria di G. Quarti (*Il Morgagni*, 1923). Il metodo che abbiamo esposto per le istillazioni è nostro originale: per lo meno non ci risulta che altri lo abbia praticato.

Veniamo ora ad esporre alcune notizie cliniche di malati da noi curati.

Caso I. — A. Giovanni, di anni 56, muratore. *Diagnosi clinica*: Bronchite fetida.

Ha sofferto di tre bronchiti acute febbrili. Otto mesi fa, dopo una nuova bronchite accompagnata da modica febbre e da abbondante espettorato, non stette più bene. Per quanto la febbre ben presto fosse scomparsa, permase tuttavia un considerevole catarro, specie al mattino. Praticò molte cure con scarsi risultati. Da un mese, l'espettorato è alquanto fetido, e il p. è molto deperito.

Obbiettivamente rantoli a grosse bolle, fischi e ronchi su tutto l'ambito polmonare. Alla percussione suono timpanitico. I limiti polmonari sono leggermente ingranditi. Cuore normale, normali gli altri organi interni. Negativa la ricerca del bacillo di Koch. Nulla nelle urine.

Si istituisce una cura di istillazioni intratracheali di olio gomenolato prima al 5 % poscia al 10 %. Dose giornaliera 8 cc., iniettando alternativamente un giorno a destra l'altro a sinistra.

Con 18 iniezioni l'ammalato è completamente guarito.

Caso II. — P. Filippo, maestro di scuola, anni 30, da Premilcore.

Diagnosi clinica: Bronchite fetida.

Fino dalla tenera età andò soggetto a bronchiti acute talora accompagnate da leggere elevazioni febbrili. Da tre anni riferisce di avere una tosse molesta, con espettorarazione abbondante specialmente la mattina. Qualche volta si sente affannato. Questi disturbi sono insorti a poco a poco, pare dopo una bronchite acuta.

Ha fatto molte cure ottenendo talora lievi miglioramenti, sempre di brevissima durata.

Obbiettivamente si tratta di un individuo ben nutrito, con torace di normale costituzione, per quanto leggermente enfisematoso. Alla percussione si ottiene suono leggermente timpanico su tutto l'ambito polmonare inferiore di entrambi i lati. Le basi polmonari giungono alla XI costa.

Cuore nei limiti, toni netti, con leggero rinforzo polmonare. Nulla agli altri organi interni.

L'espettorato è verdastro, talora giallo-scuro e fetido. Negativa la ricerca del bacillo di Koch. Urine senza albumina e zucchero, di peso specifico 1014.

Diagnosticata una bronchite fetida cronica, si istituisce una cura intratracheale con olio gomenolato al 10 %, iniettando dosi di 5 cc. ogni giorno. Dopo 6 istillazioni si porta la dose di olio gomenolato a 8 cc. per volta.

Alla dodicesima iniezione il malato tosse scarsamente, con poco espettorato e scarsamente fetido: i sintomi obbiettivi (rantoli, ronchi, sibili), si sono molto attenuati.

Alla ventesima iniezione l'ammalato è guarito, e sputa solo un paio di volte nelle ventiquattro ore. Obbiettivamente si ode qualche raro rumore bronchiale secco in corrispondenza della base polmonare destra. La cura viene pertanto interrotta, e s'invita l'ammalato a darci periodicamente sue notizie. A tutt'oggi esse sono eccellenti.

CASO III. — G. Agostino, di anni 39 da Cattolica, manovale.

Diagnosi clinica: Gangrena polmonare.

Nulla di importante nell'anamnesi remota. Da qualche mese soffre di tosse con scarso espettorato. Il 10 novembre 1923, verso sera, fu colto da brivido seguito da febbre alta (39°.3).

Si tratta di un individuo abbastanza ben nutrito. Cute e mucose piuttosto pallide. Al momento dell'esame tosse stizzosa con abbondante espettorato fetido, temperatura 38,6°, polso 112. Il paziente accusa profonda debolezza.

All'esame del torace si nota che la parte destra si espande meno della sinistra. Il suono di percussione è smorzato in corrispondenza della base sinistra sulla linea ascellare media, nonchè presso la spina della scapola. Quivi si ascoltano numerosi rantoli a piccole bolle. In tutto il resto della superficie polmonare ronchi, fischi e grossi rantoli.

Nulla di importante a carico degli altri organi. Nulla nelle urine. Reazione di Wassermann negativa. Ricerca del bacillo di Koch negativa. Presenza di fibre elastiche nello espettorato.

L'esame radiologico mostra un addensamento della grandezza di un pugno presso la base polmonare destra, lungo la linea ascellare posteriore. È probabile l'esistenza di una escavazione, non più grande di una noce.

Il paziente dal 16 novembre al 5 dicembre resta sempre febbricitante, con temperatura remittente o intermittente (massimo 39,5). Ha scarso appetito, insonnia, debolezza, colorito della pelle giallastro, lingua secca e patinosa. Lo sputo, sempre fetido, è piuttosto abbondante (50-100 cc. al giorno), e si deposita nei tre strati caratteristici.

Il 5 dicembre — allorchè si iniziò la cura intratracheale con olio gomenolato — il reperto toracico non era per nulla cambiato dal giorno del suo ingresso.

Alla seconda iniezione di 10 cc. con 10 ctg. di jodoformio, la febbre cade. Si continuano le istillazioni a giorni alterni, con dosi di 10-15 cc.

Alla terza iniezione il malato già tosse meno, alla sesta riprende l'appetito e il sonno, alla quindicesima è perfettamente guarito, e tale viene dimesso dal settimo padiglione del Policlinico dopo alcuni giorni di ulteriore osservazione il 3 gennaio 1924. Il paziente esce in condizioni eccellenti, aumentato di 4 Kg. di peso, senza tosse.

L'esame radiologico riesce del tutto negativo.

CASO IV. — *Diagnosi clinica*: gangrena polmonare.

G. Pasquale, anni 24, meccanico. Entra al VII Padiglione del Policlinico il 4 dicembre 1923, in 30ª giornata di malattia. Riferisce di essersi ammalato con modica febbre, tosse ed espettorato abbondante. Da circa dieci giorni le sue condizioni sono peggiorate e gli sputi hanno assunto un notevole fetore.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali gravi, colorito terreo, lingua impatinata. Alla percussione del torace si rileva una ottusità notevole su l'intero lobo superiore del polmone destro. Quivi si ascolta respiro soffiante a scarsi rantoli. Rumori bronchiali per tutto l'ambito polmonare. L'espettorato è abbondante, molto fetido. Negativa la ricerca del bacillo di Koch, positiva quella delle fibre elastiche. Reazione di Wassermann negativa. All'esame radiologico il lobo superiore destro è uniformemente opacato e infiltrato; esistono estese aderenze anteriori e posteriori.

Esclusa la possibilità di un pneumotorace terapeutico, cominciamo ad istillare olio gomenolato al 10 %, nella dose di 5 cc. giornalieri.

La febbre si mantiene sui 40°, le condizioni generali restano gravi. Dopo qualche giorno assistiamo ad una vomica di circa 400 cc. di materiali necrotici fetidissimi.

L'esame radiologico mostra poscia che si è formata una caverna, grande quanto un'arancia. Continuiamo le istillazioni, per quanto le condizioni generali del paziente siano tanto gravi da lasciare adito a scarse speranze di successo. Tuttavia dopo qualche giorno la febbre diminuisce, e cade completamente a capo di una settimana (26 dicembre 1923). Anche l'espettorato si è notevolmente ridotto nella sua quantità, e complessivamente è meno fetido.

Le condizioni generali del p. migliorano rapidamente. Torna l'appetito e il sonno, il colorito è roseo, la lingua pulita.

Intensifichiamo la cura e siamo certi di riuscire a dirigere l'olio gomenolato nella caverna gangrenosa. Una improvvisa emottisi (10 gennaio 1924) ripetutasi a qualche giorno di intervallo, ci consiglia di sospendere per circa due settimane le istillazioni intratracheali che interrompiamo definitivamente il 20 febbraio 1924 quando la scarsezza dell'espettorato, l'assoluta mancanza di fetore, la poca tosse, le eccellenti condizioni generali del p. ci fanno credere di non poter pretendere maggiori risultati dalle istillazioni, e di avere messo — mercè loro — questo malato di grave gangrena polmonare nelle migliori condizioni per una guarigione completa. Abbiamo praticato circa 35 istillazioni con olio gomenolato al 10 %, spesso unito a piccole dosi di jodoformio (10-15 ctgr. per volta). Il p. che è restato sotto la nostra sorveglianza fino al 7 aprile 1924, costantemente apirettico, con pochissima tosse, mangia con grande appetito, e si sente in ottime condizioni di salute. Lo scarso espettorato è inodore. Esce dall'ospedale ingrassato di 10 Kg., clinicamente guarito.

L'esome radiologico ha mostrato un graduale miglioramento delle gravi lesioni infiammatorie e cangrenose che interessano l'intero lobo superiore del polmone destro.

CASO V. — F. Italia, di anni 18, da Macerata.

Diagnosi clinica: gangrena polmonare.

Nulla nella anamnesi. Il 10 aprile 1922 nella più perfetta salute, fu colta da febbre violenta (40°) preceduta da brivido, con abbattimento profondo, tosse stizzosa, dolore all'emitorace destro. Dopo qualche giorno, sempre restando la temperatura fra i 39° e 41°, l'espettorato crebbe notevolmente di quantità, divenne bruno verdastro, fetidissimo. La p. in decima giornata di malattia venne ricoverata al VII Padiglione del Policlinico.

Esame obbiettivo (20 aprile 1922). — Stato generale gravissimo, tosse violenta, quasi continua, con emissione di abbondante espettorato che si deposita in tre strati, molto fetido.

La percussione mostra una marcata ipofonesi sull'ascellare posteriore: quivi si ascoltano rantoli gorgoglianti. Nulla a carico degli organi interni. Polso ritmico, frequente (130) ipoteso.

Il 26 aprile la p. ebbe una abbondantissima vomica, dopo la quale si percepì un soffio anforico nettissimo.

L'esame radiologico mise in evidenza una grande caverna con liquido libero.

Permanendo assai grave lo stato generale della p., anche per una emotisi sopravvenuta il giorno 29, si tenta un pneumotorace terapeutico, pienamente riuscito. Per via intravenosa vengono iniettate forti dosi di neosalvarsan. Lo stato della p. va migliorando. Il 1° settembre 1922 la tosse e l'espettorato sono diminuiti notevolmente, pure permanendo modiche alterazioni febbrili e di tanto in tanto leggere emottisi.

La p. viene dimessa alquanto migliorata, ma dopo 15 giorni (1° ottobre) rientra in Padiglione con febbre alta ed emoptoe grave. Si riprende il pneumotorace.

Lo stato della p. pure essendo abbastanza soddisfacente, resta in complesso stazionario. Ogni tanto si hanno lievi emottisi seguite da una notevole riaccensione febbrile, che dà un peggioranmento generale. Lo sputo, nella quantità di 50-80 cc. nelle 24 h. è scuro, fetido. La tosse stizzosa, emettizzante, toglie il sonno ala p. che ha scarso appetito, dolori vaganti per le articolazioni, spesso diarree.

Un atto operatorio è nettamente sconsigliato dalla posizione della caverna, situata assai profondamente nel parenchima polmonare.

La p., nuovamente dimessa il 25 marzo 1923, chiede nuovamente ricovero il 20 aprile, riferendo di avere sofferto una abbondante emottisi, seguita da forte riaccensione febbrile e da peggioramento generale. Si riprendono le solite cure, ma sempre con scarso risultato.

Ai primi di giugno si decide di tentare istillazioni intratracheali con olio gomenolato al 10 %, insieme a piccole dosi di jodoformio (10 ctg.).

Allorchè la cura ebbe inizio, questo era lo stato della p.: pallore notevole della cute e delle mucose visibili, stato di nutrizione scaduto, pochissimo appetito, peso corporeo Kg. 49. La tosse sempre stizzosa con abbondante espettorato specialmente la mattina. Sputo fetidissimo. Elevazioni febbrili di 5-7/10 ogni sera. In corrispondenza dell'intero lobo polmonare inferiore destro, il suono di percussione è nettamente smorzato. Posteriormente, dalla linea ascellare media, alla colonna vertebrale ottusità completa, interrotta da una zona a suono timpanico, ove si ascolta un soffio anforico insieme a rantoli gorgoglianti. L'esame radiologico mostra una vasta caverna con abbondante liquido libero: il parenchima polmonare, tutt'intorno è molto addenzato e respira pochissimo. Nello sputo — in cui si notano grandi quantità di batteri e numerosi fibre elastiche — non si riscontra il bacillo di Koch.

Nulla nelle urine.

Il 15 giugno si iniettano 5 cc. di olio gomenolato al 10 % e si continua ogni giorno con egual dose.

Il 18, 19, 20 la tosse aumenta, e si nota qualche sputo nettamente emoftoico: dal giorno 21 l'espettorato diminuisce di quantità e di fetore; e la p. comincia a sentirsi meglio. il 1° luglio si instillano cc. 10 di olio gomenolato, con 10 ctg. di jodoformio: si continua — nei giorni successivi — identica dose.

L'espettorato, il fetore, sono notevolmente diminuiti. La p. mangia con molto appetito e dorme l'intiera notte senza essere disturbata dalla tosse prima molestissima.

Il 15 luglio la quantità di sputo nelle 24 ore è di pochi cc.: non puzza. La p. si sente bene, ha molto appetito, ed è ingrassata dal 15 giugno di Kg. 3. Tuttavia, ogni tanto, si nota qualche decimo di febbre.

L'esame radiologico dimostra il parenchima polmonare tutt'intorno alla caverna molto schiarito. La caverna stessa è vuota, ed un poco rimpicciolita.

Alla percussione l'ottusità è assai meno evidente: non si ascolta che un soffio anforico senza rantoli di sorta. Le parti limitrofe del polmone respirano bene.

Si continuano ad iniettare 10 cc. di olio gomenolato ogni giorno, senza più jodoformio; e così fino al 25 luglio, allorchè — per circostanze superiori alla nostra volontà — la cura viene interrotta.

La p. esce dall'ospedale in buonissime condizioni. Scarsissimo espettorato, stato generale eccellente, forte appetito, sonno tranquillo, non più alito fetido. Pesa, quando viene dimessa, Kg. 54.500: in quaranta giorni è dunque aumentata di Kg. 5.500.

Abbiamo ulteriormente avuto dalla p. buone notizie intorno alla sua salute.

CASO VI. — *Diagnosi clinica*. — S. Ferdinando, da Roma, di anni 41, falegname. Ricoverato al VII Padiglione del Policlinico dal luglio 1923 per gangrena polmonare sinistra.

Condizioni generali discrete. Scarsa febbre. Espettorato fetido, di tanto in tanto lievi emottisi.

Ricerca del bacillo di Koch negativa. Un pneumotorace terapeutico non riuscì per via di molte aderenze. Vennero iniettate forti dosi di neosalvarsan.

L'esame radiologico mostra zone di addensamento e una caverna male delimitata e molto anfrattuosa in corrispondenza della linea ascellare media sinistra, presso la base polmonare.

Le condizioni del p. non sono mai state cattive anche sul principio della malattia che già dal suo esordio assunse un carattere di esasperante cronicità.

Il 10 novembre si iniziano istillazioni di olio gomenolato al 10 %, prima nella dose di 5 cc.

a giorni alterni, poscia tutti i giorni, portando la dose a 10-12 cc. Non è possibile far sì che il medicamento penetri nella caverna, e si vanno provocando fatti di irritazione piuttosto intensa con tosse, espettorato abbondante, talora elevazione febbrile. Tuttavia sospendendo per pochi giorni le istillazioni e lasciando riposare il p., ci si accorge che esso è migliorato.

CONCLUSIONI.

La pratica delle istillazioni intratracheali di olio gomenolato con o senza jodoformio, si è dimostrata eccellente in due casi di bronchite fetida cronica, nei quali in meno di un mese ottenemmo completa guarigione. Risultati del pari brillantissimi notammo in una gangrena polmonare di media gravità, guarita completamente in quaranta giorni. Anche in un altro caso di gangrena del polmone molto più grave del precedente, i risultati furono ottimi, in quanto l'ammalato uscì dall'Ospedale dopo un lungo periodo di osservazione in eccellenti condizioni di salute, con scarsissimo espettorato, non fetido (appena qualche sputo nelle 24 ore). L'esame radiologico ha mostrato la graduale riparazione delle gravissime lesioni infiammatorie e gangrenose del polmone.

Una terza gangrena del polmone, di forma assai grave anch'essa, che noi cominciammo a curare già in periodo di cronicità, ebbe dal trattamento con l'olio gomenolato grandi vantaggi, e il miglioramento fu tanto notevole da permettere alla p. non solo di uscire dall'ospedale, ma di riprendere le abituali occupazioni.

Un quarto caso di gangrena cronica con caverna anfrattuosa e male accessibile a medicamento fu poco influenzato dalla cura intratracheale.

Tali risultati ci permettono di osservare che le medicazioni dirette intratracheali devono essere usate con fiducia non solo nelle bronchiti fetide, ma anche nella gangrena del polmone. Questa terribile malattia tanto ribelle ai trattamenti medici può essere non solo di molto migliorata, ma anche guarita col metodo delle istillazioni medicamentose in trachea. È tuttavia evidente che nella gangrena del polmone la cura riesce veramente brillante solo quando il focolaio gangrenoso sia ben circoscritto ed accessibile al medicamento. Se tali circostanze non si verificano i risultati sono assai meno probativi. Comunque, a parer nostro, le istillazioni intratracheali devono tentarsi in ogni caso di gangrena polmonare non operabile.

Al chiarissimo primario prof. U. Arcangeli, che ci permise di curare ammalati del Reparto da lui diretto e ci ha consigliato di rendere noti i risultati di queste cure, rendiamo vivissime grazie.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DIVISIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE CIVILE DI ROVIGO
diretta dal prof. A. CARRARO.

Sopra un caso di aneurisma traumatico dell'iliaca esterna

per il dott. RAFFAELE RIZZO.

Porto a conoscenza un caso di aneurisma traumatico dell'iliaca esterna che credo degno di rilievo e per la gravità ch'esso ha presentato, e per i buoni risultati ottenuti mediante l'atto operativo.

La notte del 21 novembre 1921 viene portato nella Sezione chirurgica maschile dell'Ospedale di Rovigo certo Fogagnolo Umberto, di anni 35, contadino di Villamarzana. È uomo robusto che non ha mai sofferto di malattie. Due ore prima era stato ferito da proiettile di rivoltella alla regione inguinale destra a un centimetro sopra il legamento femorale, circa al punto medio di questo.

Si ebbe subito emorragia imponente che fu frenata alla meglio con fazzoletti dagli amici sopravvenuti pochi istanti dopo il ferimento.

All'ingresso in Ospedale si constata: il malato è terreo, semisvenuto; respiro superficiale, frequente; polso 120, piccolo; alla regione ferita, dal punto d'ingresso del proiettile geme un rivoletto di sangue rosso, rutilante; la regione inguino-femorale ed inguino addominale destra è occupata da una bozza assai voluminosa, circa una testa di feto, tesa, elastica, fluttuante; all'ascoltazione si sente distintamente soffio sistolico. Date le condizioni assai gravi del malato, che certo non tollererebbe un intervento immediato, si applica fasciatura compressiva sulla parte ferita, vescica di ghiaccio, fleboclisi con 300 cc. di siero indifferente.

Le condizioni migliorano nella notte; al mattino si sfascia cautamente e si constata che dal punto ferito non geme sangue, ma la bozza appare aumentata: colla palpazione dell'addome la metà superiore di questa arriva fino ad una linea orizzontale che passa per l'ombellico, e medialmente fino ad una linea verticale che passa a tre centimetri a destra dell'ombellico stesso.

Nei giorni seguenti le condizioni generali sono assai migliorate, ma localmente la bozza accenna piuttosto ad aumentare di volume, anzichè subire una riduzione.

Si attende dieci giorni prima di decidere alcun intervento, colla speranza che possa formarsi un circolo collaterale che ci possa dare qualche speranza per la conservazione dell'arto: ma giunti a questo punto si vede che la cute sulla bozza va assumendo un aspetto rosso-paonazzo: il malato accusa dolori assai vivi che si irradiano dalla regione inguino-addominale lungo tutto l'arto. Non si crede allora più possibile attendere e si procede all'atto operativo. Lo scopo che ci siamo prefissi era di legare anzitutto l'iliaca esterna sopra il punto ferito, avendo ogni cura di non aprire il vasto ematoma pulsante; legare la femorale sotto il punto ferito e più in alto che fosse pos-

sibile, cercando di portare la legatura sopra l'origine della femorale profonda.

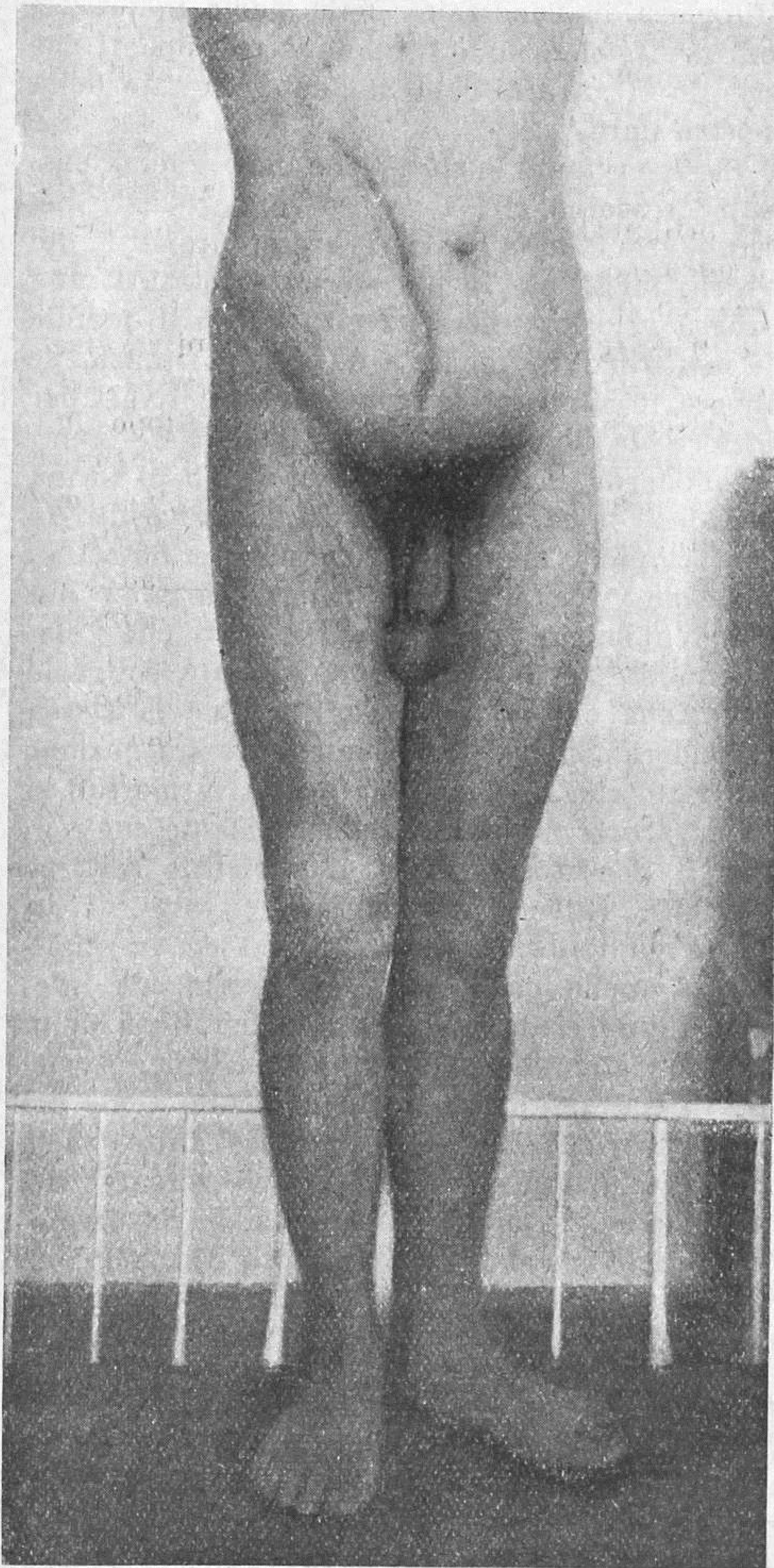
Operazione. 2 dicembre 1921. — Per eseguire la legatura della iliaca esterna, non era possibile seguire la via extraperitoneale: troppo estesa era la bozza nella regione inguino-addominale e quindi troppo grande il pericolo di emorragia durante l'incisione degli strati, emorragia che assai difficile sarebbe stato dominare. Si decise perciò di seguire la via transperitoneale, e difatti si eseguì ampia laparotomia con incisione pararettale, leggermente obliqua verso il basso e l'interno, incisione che sorpassava i limiti della bozza pulsante. Durante l'incisione degli strati abbiamo constatato suffusione emorragica del connettivo preperitoneale: agendo con molta cautela non si è avuto alcun incidente. Spostato infatti l'intestino e fatto un piccolo pertugio nel peritoneo che ricopriva l'arteria iliaca esterna si è passato e legato un robusto laccio in seta. Chiuso l'addome si passò alla ricerca dell'arteria femorale sotto il punto più basso della sacca e legata l'arteria con laccio provvisorio cautamente si cominciò ad isolare il vaso sempre più in alto, fino a penetrare nella sacca aneurismatica. Fuoriuscita di coaguli e sangue rosso-vivo. Applicata una pinza molto in alto sulla femorale il sangue cessò e allora si tolse il laccio provvisorio in basso. Così facendo è stata portata la legatura al di sopra della femorale profonda a cui era dovuta l'emorragia. Zaffamento della parte inferiore della cavità; sutura.

L'arto posto in posizione elevata venne mantenuto al caldo. Nei giorni successivi non si ebbero fenomeni anormali, il piede si manteneva caldo e conservava la sua sensibilità tattile. La guarigione delle ferite fu regolare e l'ammalato lasciava l'Ospedale il 27 dicembre.

Ho riveduto l'operato parecchie volte; anche ultimamente, dopo due anni dall'operazione, ho constatata la completa guarigione e il ripristino totale delle funzioni dell'arto (vedi figura).

Con l'atto operativo si era raggiunto lo scopo di legare l'arteria ferita sopra e sotto il punto leso, e di risparmiare l'arteria femorale profonda sulla quale solamente si poteva riporre ogni speranza per la vitalità dell'arto, speranza che era poi anche aumentata dall'abbondante emorragia osservata al momento in cui si aprì la sacca aneurismatica, e che cessò tosto che la femorale potè essere legata sopra l'origine della femorale profonda. Ciò dimostrava che già un notevole circolo collaterale si era stabilito fra la femorale profonda e i rami dell'ipogastrica. Non si è creduto opportuno ricercare e legare l'epigastrica, perchè l'emorragia proveniente dalla sacca dopo le legature del vaso principale, era di poco momento e facilmente potè essere dominata da modico zaffamento. Però fu sorvegliato diligentemente il decorso postoperatorio, pronti ad eseguire, al primo accenno di emorragia secondaria, la legatura della epigastrica.

La chirurgia di guerra ha dato occasione di osservare numerosi casi di aneurismi traumatici e con essa la cura chirurgica operativa dell'aneurisma, che prima si compendiava nella semplice allacciatura del vaso aneurismatico, si è arricchita di nuovi metodi che hanno dato in molti casi ottimi risultati. Questi si



basano sul principio di conservazione del vaso, mirano cioè a ricostruire la parete vasale nel punto leso e ristabilire quindi la funzionalità fisiologica del vaso. Questo principio curativo è quanto di meglio si poteva trovare nella cura chirurgica dell'aneurisma arterioso traumatico e sarebbe la cura ideale dato che con essa, ripristinando la continuità di un vaso si possono evitare i gravi disturbi di nu-

trizione conseguenti all'ischemia di un importante distretto dell'organismo.

Però tali metodi curativi, sebbene siano stati in molti casi utilizzati e con successo, possono essere adottati solo in alcuni casi. E chiaro quindi che riguardo alla scelta dell'atto operativo noi non possiamo sempre seguire una stessa via, ma dobbiamo vagliare con diligenza le condizioni della parte malata, e seguire quel metodo e quelli accorgimenti che meglio ci garantiscano il buon risultato della nostra cura.

Se osserviamo le statistiche delle guerre passate troviamo che i casi di aneurisma arterioso erano assai rari. I grossi proiettili dei vecchi fucili, per lo più sferici e dotati di una scarsa velocità iniziale ferivano i vasi quando li colpivano in pieno e a breve distanza, se invece li colpivano tangenzialmente, i vasi per la loro elasticità rimanevano illesi. Nella guerra moderna invece l'uso di proiettili di forma cilindro-conica, di piccolo calibro, rivestiti da una camicia metallica durissima e dotati di notevole velocità iniziale, determina molto più frequentemente lesioni vasali, dato che l'elasticità stessa del vaso non può più sottrarlo all'azione del nuovo proiettile. Per la stessa considerazione, si trova anche la spiegazione del fatto che le emorragie primitive mortali si osservarono ora meno frequentemente che non per il passato. Qualora il proiettile colpisce l'arteria ledendo l'avventizia e tutta, o in parte, la tonaca media, l'intima ed eventualmente quella parte della media rimasta integra, fanno ernia attraverso la fenditura della parete dando luogo ad un aneurisma. Avviene invece assai più frequentemente, come nel mio caso, che la lesione interessi tutte tre le tonache arteriose; allora per il versarsi del sangue nei tessuti circostanti si ha la formazione del vero ematoma arterioso (Cruveilhier).

Se questa raccolta saguigna si mantiene in comunicazione coll'interno del vaso per mezzo della soluzione di continuo delle sue tonache, col tempo si riveste di parete connettivale e si trasforma in una vera e propria sacca aneurismatica. Infatti il sangue travasato trova nei tessuti circostanti al vaso le condizioni più favorevoli per la coagulazione; nella parte centrale di questa bozza il sangue dotato di movimento vorticoso, si mantiene liquido, mentre alla periferia si forma un sottile coagulo. Qualora questo stato di cose persista, rimanendo cioè pervia la bocca di afflusso arteriosa e la cavità non minacci di rottura spontanea, il sangue della parte periferica dotato di minore velocità permetterà alle piastrine, per la loro viscosità, di depositarsi sulla parete della bozza rivestita del primitivo coagulo, formando un conglutinato che in un momento determinerà un limite netto fra parte liquida e parte coagulata della raccolta ematica. Così si forma un abbozzo di parete, e più precisamente un trombo lamellare, che in un secondo tempo organizzandosi formerà la parete dell'aneurisma arterioso. Quindi l'ematoma periarterioso non è che una forma di passaggio all'aneurisma e ne rappresenta l'origine più comune poichè assai meno frequentemente può derivare dallo sfiancamento incompleto delle tonache vasali.

Caratteri costanti dell'ematoma arterioso sono: una tumefazione localizzata o diffusa, superficiale o profonda, in corrispondenza della quale con la palpazione si avverte un movimento di espansione sincrono alla sistole cardiaca e talvolta difficilmente percepibile; tumefazione, pallore e raffreddamento dell'arto sede della lesione, e soppressione del polso periferico. All'ascoltazione si riesce generalmente a percepire nei primi giorni un rumore di soffio discontinuo, sincrono colle pulsazioni arteriose e dovuto alla vibrazione dei bordi della fenditura arteriosa pel passaggio del sangue, spinto dall'impulso sistolico. Questo rumore ha la sua massima intensità nei primi giorni poi va affievolendosi facendosi più dolce, per l'arrotondamento dei margini della ferita vasale. Non sempre però l'ematoma periarterioso presenta caratteri clinici così netti; talvolta anzi si istituisce in modo subdolo tanto da rendere abbastanza difficile la sua diagnosi.

Il chirurgo, qualora si trovi di fronte ad una tumefazione traumatica, in prossimità di un distretto vascolare importante, dovrà sempre pensare alla possibilità di una lesione arteriosa e quindi por mente alla diagnosi differenziale tra ematoma arterioso, ematoma venoso e tumefazione infiammatoria. L'ematoma venoso può presentare infatti pulsazioni sistoliche trasmesse dall'arteria vicina, ma non determina raffreddamento dell'arto e, ciò che è capitale per la diagnosi, all'ascoltazione non lascia avvertire il soffio sistolico caratteristico dell'ematoma arterioso. Può anche avvenire di scambiare l'ematoma con un processo infiammatorio per il fatto che la tumefazione è arrossata, dolente e il malato presenta una certa reazione febbrile; però questo errore può avvenire solamente quando il chirurgo abbia trascurato di fare un esame completo ed accurato della parte.

Un caso del genere, in cui cioè un ematoma arterioso è stato scambiato per un ascesso, venne illustrato dal Nigrisoli nel 1915; un altro caso è capitato direttamente sotto la mia

osservazione nel 1916 durante il mio servizio militare in una unità ospedaliera mobile di 1ª linea. Si trattava di un soldato con ferita trasfossa da proiettile di fucile in prossimità dell'interlinea articolare del gomito destro: la parte era notevolmente tumefatta e dolente, si aveva reazione febbrile.

L'ufficiale medico addetto al reparto, credendo si trattasse di una raccolta purulenta, fece un'incisione che dimostrò la presenza di un grosso ematoma della radiale subito dopo la sua origine; ho operato d'urgenza con esito felice il ferito, legando il vaso sopra e sotto la lesione e asportando successivamente la bozza ripiena di coaguli.

Fra i metodi curativi dell'aneurisma arterioso traumatico devo accennare per primo a quello, che si può dire, rappresenta il metodo ideale, e che consiste nella restaurazione della parete vasale ferita (aneurismorrafia). Tale metodo consiste essenzialmente nell'isolare il vaso sanguigno dalla sua unione colla sacca aneurismatica, e poi praticare l'arteriorrafia che secondo i casi potrà essere circolare o laterale. La sutura laterale delle arterie, fatta per la prima volta da Hallowell, venne poi usata con ottimo risultato da Durante in due casi (1892).

Il Bier presenta una statistica di 102 casi di aneurismi curati con la sutura laterale o circolare con solo otto morti; Vallbrecht e Wieting portano quattro casi, Haberer un caso, e da noi il metodo fu adottato con successo da numerosi chirurghi quali l'Alessandri, Zapelloni, Cuneo, Morone e molti altri ancora. La sutura costituirebbe quindi il trattamento ideale nelle ferite vasali perchè con essa si cerca di conservare la pervietà del vaso evitando i gravi pericoli che possono derivare dalla sottrazione di vasi cospicui ad una importante regione dell'organismo.

Questo mezzo conservativo, se in occasioni particolarmente favorevoli, si è potuto adottare, e con ottimi risultati, pure in pratica non può essere usato così spesso come a prima vista sembrerebbe, e ciò perchè molte e talora insormontabili sono le condizioni sfavorevoli che si oppongono alla sua scelta. Fra queste accennerò alle aderenze contratte dal sacco coi tessuti circostanti ed alle troppo vaste alterazioni delle tonache vasali. La sutura laterale potrà essere praticata, come afferma il De Gaetano, nel 29° congresso della Società Italiana di Chirurgia, negli aneurismi sacciformi, previa l'asportazione del sacco, semprechè le tonache vasali nel punto leso, non siano talmente alterate da non dare affidamento per una rapida rigenerazione delle labbra della ferita.

Oggigiorno dopo i molteplici casi osservati nella recente guerra, dove chirurghi sperimentati nella chirurgia vasale adottarono nella cura dell'aneurisma arterioso traumatico i vari metodi di cura, si può concludere che quando manchino le condizioni per praticare una arteriorrafia, quello preferibile, alla portata di ogni modesto chirurgo è la legatura del vaso con o senza asportazione della sacca aneurismatica. Anche la compressione indiretta dell'arteria, per preparare il circolo collaterale, al di sopra dell'aneurisma ha perduta molta dell'importanza che una volta le si attribuiva per i pericoli ai quali si può andare incontro. Il Nigrisoli la sconsiglia per il fatto che la compressione manuale o strumentale di una arteria, in prossimità di un aneurisma, può determinare la rottura della sacca.

I vecchi metodi di legatura dell'arteria a monte della sacca (Anelio, Hunter, Scarpa) o a valle della sacca stessa (Brasdor, Wardrop) oggidì non si ritengono più sufficienti. Certo è che l'asportazione del sacco aneurismatico dopo la duplice legatura del vaso è il metodo che ha dato i risultati migliori (29° Congresso Società Italiana di Chirurgia, ottobre 1922).

Molti autori lo seguirono e lo consigliarono caldamente come quello che mette al sicuro da possibili emorragie secondarie che si possono verificare nell'interno della cività aneurismatica. Il processo di estirpazione dell'aneurisma, eseguito dal Pourmann ancora nel 1669 da noi è stato adotato da Novaro, Pascale, Bassini, Ceci, Giordano ed altri; esso però presenta talora nella sua attuazione difficoltà tecniche notevoli nell'isolamento della sacca da organi importanti vicini (grosse vene, nervi). In questi casi è necessario lasciare in sito tutta o in parte la sacca aneurismatica, cercando di legare i punti sanguinanti, zaffando la cavità e sorvegliando attentamente il decorso postoperatorio.

Nel mio malato appunto non era il caso di pensare all'asportazione dell'enorme sacca e si è dovuto aprirla nella sua parte più declive, alla regione inguino-femorale.

Rispetto alle modalità dell'atto operativo non si è creduto opportuno procedere alla legatura della vena sebbene molti autori la propongano ritenendo che essa giovi alla conservazione dell'arto. Infatti la stasi venosa consecutiva servirebbe alla nutrizione dei tessuti per quel tempo che è necessario al ristabilirsi del circolo collaterale. Però se molti sono di questo parere altri (Delbet, Eiselberg) ammettono che il fatto dell'allacciatura della vena peggiorerebbe le condizioni di nutrizione dell'arto.

Nel mio ammalato il circolo collaterale si è istituito abbastanza rapidamente e in modo

sufficiente per preservare l'arto, non solo dalla cangrena, ma anche dall'atrofia, come avviene nei casi in cui il circolo si ristabilisce in modo insufficiente.

Molti sono gli autori che si occuparono dell'argomento della formazione del circolo collaterale degli arti ed eseguirono numerose ed interessanti esperienze su animali (Offergeld, Maugeri, Ney, Porta, Bolognesi); alcuni anzi con il controllo radiologico (Katzenstein, Offergeld, Bolognesi) ci diedero importanti e dimostrative pubblicazioni sul ripristino nutritizio di un importante distretto vascolare privato del suo vaso principale. A tale proposito il Koenen ideò un metodo, basato sull'esperienza di numerosi casi operati, che avrebbe lo scopo di vedere durante l'atto operativo se esiste o no il circolo collaterale. Consiglia di operare senza emostasi preventiva: isolata la sacca aneurismatica e legata l'arteria a monte e a valle di questa, applica un Klemmer al disotto della legatura periferica e recide l'arteria fra questo e la legatura. Tolto quindi il Klemmer se dal moncone periferico esce sangue rosso è sintoma che la circolazione collaterale è sufficiente; se invece non ne esce si dovrebbe dedurre che il circolo è insufficiente. Il Donati, Nigrisoli e Vigliani considerano questo metodo abbastanza utile; però concludono coll'affermare, in seguito ad esperienze personali, che il pericolo della cangrena, più che al fatto della duplice legatura vasale, sia dovuto all'infezione della ferita.

Riguardo al momento opportuno per l'intervento non si possono a priori stabilire delle norme precise che possono variare secondo speciali contingenze. È necessario un immediato intervento qualora si verificassero fenomeni di compressione (delle collaterali per opera dell'ematoma), minaccia di rottura della sacca, incipiente infezione, la quale ultima potrebbe determinare fatti gravissimi di sepsi per via ematica. Qualora non si verificassero tali condizioni è bene attendere, armata manu, sorvegliando diligentemente il ferito, dando così modo di stabilirsi al circolo collaterale.

L'ottimo risultato operativo ottenuto nel mio ammalato mi ha indotto a pubblicare il caso corredandolo di qualche notizia circa la genesi e la cura dell'aneurisma arterioso traumatico.

Concludendo, secondo quanto ho potuto apprendere, sia dal decorso del mio caso, sia dai risultati riferiti dagli autori, si può affermare:

che l'intervento che sinora si è mostrato più praticamente attuabile è ancora la duplice legatura del vaso con o senza asportazione della sacca;

che il pericolo della gangrena dell'arto è solo relativamente subordinato all'interruzione della sua principale via sanguigna.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI e ROSSI B. Atti del 25° Congresso della Società Italiana di Chirurgia. Bologna, marzo 1917.

BASTIANELLI P. *Aneurisma artero-venoso della femorale destra nel triangolo di Scarpa; sutura laterale dell'arteria e della vena.* Clinica Chirurgica, 1917, n. 7-8.

BOLOGNESI. *Sulla formazione del circolo collaterale degli arti.* Chir. degli organi di movimento. Vol. III, fascicoli 5-6.

BROCA. *Degli aneurismi e del loro trattamento.* Parigi 1856.

BURCI. *Del processo di riparazione delle ferite arteriose, trattate con la sutura.* Atti della Società Toscana di Scienze naturali, 1891.

CECI. XXI Congresso di Chirurgia Italiana.

DELBET. *Du traitement des anéurismes artériels.* Revue de Chir. 1888, 533 et suiv. 1889.

DE GAETANO. XXIX Congresso della Società Italiana di Chirurgia, ottobre 1922.

DONATI. *Le ferite dei vasi sanguigni degli arti.* La Chirurgia degli organi di movimento. Vol. I, fasc. II.

DEL CONTE. *Aneurisma traumatico della femorale. Asportazione del sacco. Sutura dell'arteria. Guarigione.* Giornale Internazionale delle Scienze mediche 1905, n. 3.

D'ESTE. *La cura chirurgica operativa dell'aneurisma arterioso.* Il Morgagni, parte II, n. 63, 1909.

ENDERLEN. *Ein Beitrag zur idealen Operation des arteriellen Aneurysma.* Deutsche med. Woch., 1903.

FERRARINI. *Lesioni traumatiche dei vasi in guerra.* Clinica Chirurgica, 1916, n. 2.

FORGUE. Compendio di Patologia Chirurgica, Società ed. Libraria. Milano, 1914.

HERTAUX. *Anévrisme de l'artère fémorale; extirpation complète du sac.* Société de Chirurgie de Paris, 1896.

KOENEN. *Zur Indikationsstellung bei der Operation der Aneurismen und der Gafässverletzunqen.* Centralbl. f. Chir., 1913, n. 50.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE. *Anévrisme de l'artère fémorale.* Société de Chirurgie de Paris, Séance 22 mars et 5 avril 1905.

MATAS. *Statitic of endoaneurismorraphy, of the radical cur of aneurism by intrasacular Method.* Journ. of the Amer. med. ass., 1908.

MONOD et VANVERTS. *Chirurgie des Artères.* Rapport an XXII Congrès français de Chir., ottobre 1909.

IDEM. *De l'anéurismorraphie.* Arch. Génér. de Chir., 1911.

IDEM. *Du traitement des anévrismes artériets. Documents et remarques.* Revue de Chir., 1900, pag. 102 et suiv.

MORONE. *Aneurisma artero-venoso traumatico della femorale primitiva, ecc.* La chirurgia degli organi di movimento, vol. II, fasc. I.

MARGARUCCI. *Contributo clinico alla sutura delle grandi arterie.* Soc. Lancis. Ospedali Roma, 1906.

NEGRONI. *Le conquiste e le applicazioni moderne della chirurgia del sistema arterioso e venoso.* Milano, Tip. Sirtori, 1913.
NIGRISOLI. *Osservazioni e pratica di chirurgia di guerra.* Bologna. Zanichelli, 1915.
PASCALE. *Intervento chirurgico nella cura degli aneurismi degli arti.* Riforma medica, 1907, n. 50-51.
PIQUET. *Blessure de l'artère fémorale.* Société de Chir. de Paris, séance 8 juin 1915.
SCURATI. *Aneurisma inquinale, estirpazione ecc.* Clinica Chir., 1907, pag. 574.
VACCARI. *Contributo alla chirurgia degli aneurismi periferici coll'estirpazione del sacco.* Annali di Medicina.
IDEM. *Le ferite delle grosse arterie e loro sutura.* Bologna. Beltrami, 1910.
SENCERT. *Les blessures des vaisseaux.* Masson, Parigi, 1917.
VIGLIANI. *Contributo allo studio degli aneurismi traumatici.* Arch. per le scienze mediche, n. 3, 1918.
ZANETTI. *Le ferite dei vasi.* Cappelli editore, Bologna, 1919.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI CHIARI.

La prova dell'alizarina nello sputo tubercolare.

Dott. SILVIO CORINALDESI, medico-primario.

Nel 1919 Roncal ha proposto per la diagnosi della tubercolosi un metodo semplice e pratico per l'esame dello sputo. Esso è basato sul fatto che nelle escrezioni e nei tessuti dei tubercolosi si trovano presenti delle albumine sdoppiate che a differenza delle albumine a molecola intera si tingono con alcuni reattivi.

Si prendono due provette, una delle quali come controllo contenente uno sputo non tubercolare mescolato con cinque volte il suo peso di acqua distillata; nell'altra si mette ugualmente diluito la sputo da esaminare; si aggiungono in ambedue le provette 20 goccie di soluzione alcoolica di alizarina all'1 % e si fa riposare. Lo sputo tubercolare acquista una colorazione rossastra e in essa si forma un precipitato amaranto mentre lo sputo non tubercolare si colora in rosso porpora e dopo alcune ore si fa trasparente. Inoltre il precipitato dello sputo tubercolare va in fondo alla provetta in forma pulverulenta mentre quello dell'altro se dà precipitato è azzurro e oscilla come una nubecola nel liquido.

Genoese sperimentò questa prova nello sputo di 40 bambini affetti da malattie diverse e la riscontrò positiva in tutti i casi dove la natura tubercolare dell'affezione era chiara e molto fondata, mentre fu negativa in casi di tifo, polmonite, pertosse, bronchite, ecc.

Maffeo ha praticato la prova su 40 casi e la trovò positiva in tutti i 25 casi di tubercolosi; negli altri casi negativa.

Albertario della clinica di Pavia su 73 individui ha osservato che in casi nei quali la prova dello sputo coll'alizarina fu positivo, i risultati forniti dalla cutireazione, dall'esame radiologico, dall'esame del sangue pel bacillo di Koch sono stati concordi e conclude che la prova dell'alizarina positiva nello sputo di malati di forme tubercolari delle vie respiratorie, è negativa nelle forme non tubercolari e che tale prova debolmente positiva nelle forme iniziali si fa nettamente positiva nelle forme ulcerose.

Questa ricerca è stata oggetto da parte nostra di particolare studio essendo finora pochi gli autori che hanno controllato il metodo.

La prova, come si sa, è semplicissima per ciò che riguarda la tecnica ed è stata da noi eseguita nello sputo di 41 individui affetti prevalentemente da tubercolosi o da altre forme morbose interessanti l'apparato respiratorio. Ecco brevemente i casi:

1°) C. A., anni 23. Pleurite secca basilare destra, cutireazione positiva, espettorato negativo, alizarina leggermente positiva.

2°) F. I., anni 20. Broncopolmonite specifica a focolai disseminati a tutto il polmone sinistro, cutireazione positiva, espettorato positivo per il bacillo di Koch, alizarina intensamente positiva.

3°) R. G., anni 18. Broncoalveolite sinistra, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina positiva.

4°) G. M., anni 55. Enfisema e catarro bronchiale diffuso, cutireazione debolmente positiva, espettorato negativo, alizarina negativa.

5°) R. S., anni 20. Broncopolmonite cavitaria lobo superiore polmone destro, broncoalveolite sinistra, emottisi ricorrenti, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina nettamente positiva.

6°) A. S., anni 24. Broncoalveolite destra, bronchiolite sinistra, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina positiva.

7°) B. C., anni 31. Broncopolmonite cavitaria sinistra, bronco-polmonite destra, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina nettamente positiva.

8°) N. N., anni 18. Broncopolmonite cavitaria lobo superiore polmone sinistro, bronchiolite e pleurite secca destra, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina intensamente positiva.

9°) R. G., anni 23. Bronchite diffusa di natura sospetta, condizioni generali cattive, cutireazione positiva, espettorato negativo, alizarina nettamente positiva.

10°) C. S., anni 32. Pleurite secca basilare destra, catarro bronchiale diffuso di natura molto sospetta, cutireazione positiva, esame espettorato, ripetutamente fatto anche con antiformina negativo, alizarina positiva.

11°) B. L., anni 28. Catarro bronchiale diffuso, cutireazione positiva, espettorato negativo, alizarina positiva.

12°) S. A., anni 21. Broncopolmonite ulcerativa sinistra, bronchiolite destra, cutireazio-

ne positiva, espettorato positivo, alizarina intensamente positiva.

13°) C. A., anni 28. Broncopolmonite destra a focolai disseminati, tossiemia, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina fortemente positiva.

14°) P. G., anni 26, Sclerosi apice sinistro, bronchiolite destra, condizioni generali buone, apirettica, cutireazione positiva, espettorato negativo, alizarina positiva.

15°) B. M., anni 28. Broncoalveolite sinistra, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina debolmente positiva.

16°) A. R., anni 17. Pleurite essudativa sinistra, cutireazione debolmente positiva, espettorato negativo, alizarina negativa.

17°) T. M., anni 29. Tubercolosi polmonare diffusa ad ambo i polmoni, condizioni generali cattive, tossiemia, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina positiva.

18°) C. B., anni 72. Broncopolmonite acuta, cutireazione negativa, espettorato negativo, alizarina negativa.

19°) C. G., anni 22. Empiema sinistro, condizioni generali cattive, febbricitante, cutireazione negativa, espettorato negativo, alizarina negativa.

20°) R. M., anni 19. Convalescente polmonite lobare destra, cutireazione negativa, espettorato negativo, alizarina negativa.

21°) C. R., anni 21. Broncoalveolite sinistra, bronchiolite destra, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina positiva.

22°) M. O., anni 42. Asma bronchiale, cutireazione negativa, espettorato negativo, alizarina negativa.

23°) L. B., anni 12. Postumi di bronchite acuta, cutireazione leggermente positiva, espettorato negativo, alizarina negativa.

24°) R. P., anni 39. Pleurite essudativa destra, condizioni generali buone, cutireazione negativa, espettorato negativo, alizarina negativa.

25°) S. C., anni 27. Polisierosite, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina positiva.

26°) C. A., anni 51. Enfisema polmonare e catarro bronchiale cronico, cutireazione negativa, espettorato negativo, alizarina negativa.

27°) T. M., anni 40. Sclerosi apicale destra, cutireazione positiva, espettorato negativo, alizarina debolmente positiva.

28°) C. O., anni 22. Broncopolmonite acuta, cutireazione negativa, espettorato negativo, alizarina negativa.

29°) S. G., anni 23. Broncoalveolite ulcerosa bilaterale, condizioni generali cattive, tossiemia, cutireazione negativa, espettorato positivo, alizarina positiva.

30°) C. M., anni 27. Broncopolmonite diffusa a tutto il polmone sinistro con fatti cavitari, broncopolmonite destra a focolai disseminati, tossiemia, cutireazione leggermente positiva, espettorato positivo, alizarina positiva.

31°) G. V., anni 24. Broncopolmonite cavitaria destra, ascesso freddo gomito sinistro, tossiemia, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina positiva.

32°) R. T., anni 24. Peritonite tubercolare, cutireazione positiva, espettorato negativo, alizarina positiva.

33°) G. A., anni 21. Sclerosi apice destro, bronchiolite sinistra, condizioni generali buone, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina debolmente positiva.

34°) F. A., anni 17. Tubercolosi caseosa bilaterale, condizioni generali gravi, tossiemia intensa, cutireazione negativa, espettorato positivo, alizarina fortemente positiva.

35°) C. M. Broncopolmonite ulcerata sinistra, condizioni generali discrete, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina positiva.

36°) C. V., anni 17. Broncopolmonite bilaterale prevalentemente sinistra con fatti cavitari, condizioni generali cattive, tossiemia intensa, cutireazione negativa, espettorato positivo, alizarina fortemente positiva.

37°) L. G., anni 23. Broncopolmonite a focolai disseminati polmone sinistro, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina positiva.

38°) M. S., anni 22. Broncopolmonite lobo superiore sinistro, broncoalveolite destra, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina positiva.

39°) M. T., anni 62. Broncopolmonite postinfluenzale, cutireazione debolmente positiva, espettorato negativo, alizarina negativa.

40°) C. A., anni 24. Broncopolmonite tubercolare a focolai disseminati polmone sinistro, condizioni generali discrete, lieve tossiemia, cutireazione positiva, espettorato positivo, alizarina positiva.

41°) C. C., anni 47. Asma bronchiale, cutireazione positiva, espettorato negativo, alizarina negativa.

Dei 41 sputi esaminati complessivamente, in 21 la prova dell'alizarina è stata positiva coincidendo con il reperto positivo del bacillo di Koch. In 8 casi pur essendo l'esame dell'espettorato negativo per il bacillo tubercolare, la prova dell'alizarina fu positiva. Si trattava è vero di casi clinicamente e radiologicamente sospetti, ma la ricerca del bacillo eseguita più volte talora anche con antiformina fu sempre negativo. In 12 casi di malattia sicuramente non tubercolare e in cui la ricerca del bacillo di Koch fu sempre negativa, anche la prova dell'alizarina fu sempre negativa.

Tale reazione praticata su essudati ed anche trasudati diluiti con acqua distillata ci risultò sempre positiva, e quindi parrebbe che essa fosse in rapporto ai materiali albuminoidi in via di disintegrazione e perciò non sarebbe specifica per la tubercolosi.

Nelle nostre esperienze osservammo poi un fatto su cui richiamiamo l'attenzione degli sperimentatori. Se invece dell'acqua distillata per diluire lo sputo noi usiamo dell'acqua comune, abbiamo coll'aggiunta dell'alizarina una reazione ben differente e cioè in qualsiasi sputo anche non tubercolare si ha un color rosso amaranto intenso che poco dopo diviene violaceo e che può condurre ad errori; ciò sarebbe

dovuto essenzialmente alla presenza nell'acqua comune di abbondanti sali alcalini che aumenterebbero senza dubbio l'alcalinità dell'espettorato stesso onde risulterebbe positiva la reazione dell'alizarina che, come si sa da lungo tempo, è un buon reattivo per ricercare l'alcalinità. Occorre quindi che la ricerca sia sempre fatta con acqua distillata.

Dall'esame complessivo delle nostre ricerche, risulta che la prova dell'alizarina positiva nello sputo di malati accertati tubercolosi, è per lo più ma non sempre negativa nelle forme sicuramente non tubercolari; in forme sospette essa può essere positiva ma non si potrà ad essa attribuire esclusivo valore per stabilire la diagnosi potendo essere determinata soltanto dalla presenza di sostanze albuminoidi a diverso stadio della loro scissione pepto e proteolitica.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Alcuni fattori nell'azione dei veleni sul sistema nervoso centrale.

(F. WALSHE. *Medical Science*, gennaio 1924).

Nel volume « Études neurologiques » di Guillain, vi è un capitolo, scritto in collaborazione con Laroche e Grigant, sulla fissazione dei veleni nel sistema nervoso, dove parla specialmente della tossina difterica.

Il sistema nervoso ha un potere fissatore notevolissimo per certi veleni, e in certi casi la fissazione su determinate parti dipendente da fattori fisico-chimici.

In un caso di difterite, venuto a morte, il giorno prima gli AA. avevano osservato paralisi del palato e dell'accomodazione, e sintomi tossici generali. All'autopsia furono prelevati frammenti di midollo, di sostanza grigia del pavimento del quarto ventricolo, di sostanza bianca della parte ventrale del bulbo; furono emulsionati e iniettati nelle cavie, per via intracranica, endoperitoneale, sottocutanea. Fu fatale solo l'emulsione di sostanza grigia del bulbo, costantemente. Anche frammenti di cervello anormale tenuti a contatto della tossina difterica e poi lavati si comportarono similmente, fissando in vitro la tossina, e riuscendo poi fatali per iniezioni nelle cavie.

L'estratto etereo di cervello normale aveva potere fissativo per la tossina; il residuo di sostanza cerebrale, dopo estrazione con alcool, etere, cloroformio, non aveva nessun potere di fissazione. Sembra quindi che la tossina formi un complesso coi lipoidi fosforati.

Ciò si verifica pure per la tossina tubercolare, e, in entrambi i casi, le tossine per la combinazione, guadagnano in virulenza. Per la tossina tetanica però la fissazione è operata dai proteidi, ed importa una certa diminuzione di virulenza o neutralizzazione.

Un assorbimento selettivo da parte del sistema nervoso si ha pure per la stricnina, cocaina, malleina, ecc. Già dalla letteratura clinica risultava che le paralisi differiche hanno una certa relazione con la sede del focolaio infettivo, similmente a quanto accade nel tetano e nella rabbia: l'anatomia patologica e l'istologia non avevano dato alcuna luce su questo fenomeno, nè sulla natura delle lesioni nervose nella difterite.

Il fatto non era però stato notato dai precedenti autori, e costituisce una osservazione originale di Guillain e Laroche: vi sono solo rare osservazioni esplicite al riguardo nella precedente letteratura, ad es. un caso di paralisi unilaterale del palato, dallo stesso lato della lesione diffterica, ed un caso di paralisi dei muscoli addominali, per difterite ombelicale riferito da Oppenheim. Se le paralisi difteriche preferiscono nell'uomo i nervi bulbari, e negli animali i nervi spinali, ciò dipende da che nell'uomo la tossina è assorbita di solito dal faringe, e negli animali invece viene iniettata negli arti.

Secondo Guillain e Laroche due fattori determinano, dunque, la sede della lesione e la topografia dei sintomi nervosi nella difterite. In primo luogo, la tossina raggiunge i centri nervosi attraverso i nervi che partono dal focolaio infettivo, determinando ciò che detti autori chiamano un processo di neurite ascendente. Raggiunto il neurasse, la tossina tende a fissarsi sui lipoidi fosforati, che sono molto abbondanti nella sostanza grigia. Quindi nella difterite delle fauci sono interessati i nuclei motori del pavimento del 4° ventricolo, particolarmente il complesso glossofaringeo-vago-accessorio.

In secondo tempo, secondo gli autori, la tossina tende a diffondersi, quando se ne è accumulata una certa quantità, e si può avere il quadro della neurite multipla.

Orr e Rows hanno mostrato l'importanza che hanno i linfatici perineurali come vie di accesso delle tossine verso il sistema nervoso centrale.

Tale conduzione non si accompagna a lesioni digenerative del nervo, onde non è proprio parlare di neurite ascendente. Anche la tossina tetanica, secondo un recente lavoro di Teale ed Embleton viene condotta pei linfatici perineurali, e non già pei cilindrassi.

Non è da tacere che non tutta la più recente esperienza clinica porta dirette conferme alla teoria di Guillain e Laroche; ma ciò può dipendere dal fatto che le osservazioni di controllo sono difficili nei comuni casi di difterite laringea, e scarsi sono i casi bene studiati di difterite cutanea, seguita da paralisi.

Per accertare la conduzione perineurale della tossina bisognerebbe in primo luogo determinare se i sintomi paralitici iniziali sono invariabili qualunque sia la sede dell'infezione, o se corrispondono alla innervazione di detta sede quando la difterite non è localizzata alle fauci. In secondo luogo se i sintomi iniziali sono a tipo centrale o periferico.

Walshe nel 1917-18 ebbe opportunità di studiare una epidemia di difterite faringea ed estrafaringea nelle truppe in Palestina. Nella difterite faringea osservò paralisi diftericlie ad inizio dai muscoli del velo e dell'accomodazione, cui seguiva talora una polineurite. Nella difterite cutanea, per infezione di ulcere settiche da parte del b. difterico, era frequente la polineurite, rara la paralisi del palato, meno rara quella dell'accomodazione. Fu però notevole che, in una certa percentuale di casi a focolaio unico, la paralisi corrispondeva alla sede della lesione. Così una ferita infetta del pollice era seguita da sintomi paralitici nella mano e nel braccio corrispondente. Sembrò quindi possibile classificare i sintomi nervosi della difterite in tre gruppi: uno iniziale, in corrispondenza del focolaio, un secondo gruppo, comprendente paralisi dell'accomodazione e polineurite, e un terzo, di lesioni generalizzate. L'analogia col tetano appariva completa: tetano locale, il sintomo specifico del trisma, tetano generalizzato (Meyer e Ransom). Nella difterite il sintoma specifico sarebbe la paralisi dell'accomodazione.

Anche recentemente Röper e Leppmann distinguono i sintomi in locali, specifici, e generalizzati. I sintomi locali sono talora difficili a mettere in evidenza se esiste già una polinevrite, bisogna quindi scegliere i casi adatti.

In un caso di infezione difterica di un'ulcera perineale i sintomi nervosi iniziali consistevano in un'anestesia nel territorio delle ultime radici sacrali e in un disturbo sfinterico, cioè un complesso sintomatico di origine centrale.

Secondo Marie e Mathieu anche il liquor mostra segni di una lieve reazione meningea; essi hanno descritti due casi di difterite faringea nei quali i sintomi nervosi generalizzati assunsero il tipo centrale poliomielitico, anzichè il tipo periferico.

Quindi, rispetto alle paralisi locali, la concezione di Guillain e Laroche può dirsi sufficientemente stabilita. Altrettanto non può dirsi rispetto ai sintomi generali, i quali non sembra si possano considerare come unicamente dipendenti dall'assorbimento della tossina pei linfatici perineurali. La tossina circola nel sangue, e va a ledere direttamente il miocardio, senza che intervenga una neurite del vago, come prima si credeva. La tossina, per via sanguigna, può anche raggiungere il sistema nervoso centrale.

La simmetria e la gran diffusione dei sintomi generalizzati parla in questo senso. La difterite sarebbe quindi un'infezione linfogena ed ematogena.

Molto ancora vi sarebbe da cercare, ma non è poco avere potuto avvicinare la patologia della difterite a quella del tetano e della rabbia. La via d'entrata nel sistema nervoso centrale, e la fissazione selettiva delle tossine sono i due fattori che determinano la natura delle manifestazioni cliniche in ogni intossicazione del sistema nervoso centrale, mentre, per le recenti investigazioni di Magnus, è aperta la via a una più precisa analisi del modo di azione dei veleni sulle varie parti del sistema nervoso centrale, ciò che corrisponde allo studio dell'azione specifica di un dato veleno sul tessuto nervoso.

DORIA.

Sistema nervoso vegetativo e tubercolosi polmonare.

(KURT KÄDING *Münchener Medizinische Wochenscrift*, 1924, n. 8).

Lo studio del sistema nervoso dei tubercolosi dalle manifestazioni psichiche a quelle del sistema nervoso vegetativo è degno di grande interesse.

A questo proposito il libro di Jessens « Lungenschwindsucht und Nervensystem » rappresenta uno studio completo dell'argomento.

L'A. illustra alcune relazioni fisiopatologiche e farmacologiche tra la tubercolosi polmonare ed il sistema nervoso vegetativo. Questo è diviso in sistema simpatico e parasimpatico: il sistema parasimpatico o autonomo, in craniale autonomo e sacrale autonomo.

L'A. raggruppa in due categorie i sintomi di relazione fra polmone tubercoloso e sistema nervoso vegetativo:

1) Sintomi di paralisi o di irritazione locale di un ramo del simpatico e del vago.

2) L'insieme dei sintomi generali che si riporta ad azioni generali del sistema simpatico e vago nei tubercolosi.

Nella prima serie rientra l'*Anisocoria*, osservata di una grande percentuale di malati e che potrebbe significare un indice rivelatore precoce del lato della lesione.

L'alterazione pupillare sarebbe da riportarsi ad una irritazione del simpatico cervicale dovuta ad una tumefazione delle ghiandole del collo, o ad alterazioni infammatorie degli apici associati a vecchie stratificazioni pleuriche. Infatti i reperti necroscopici rivelano un grande numero di aderenze apicali nei polmoni tubercolosi. Le statistiche di Iessens ed Herbert mostrano nel 96 % una midriasi pupillare dal lato malato. L'instillazione di una soluzione al 2 % di atropina secondo Sergent rivela un «*midriatismo latente*» com'egli si esprime, dal lato malato; ciò chè significa ché la midriasi dell'atropina può persistere fino a nove giorni. Questo segno sarebbe così precoce da rivelare l'affezione tubercolare di gran lunga prima della comparsa dei segni fisici e radiologici.

Un altro gruppo di fenomeni è dato dalla relazione del simpatico col frenico.

Secondo Felsix questa relazione sarebbe stabilita coll'intermediario di due gangli, dei quali il superiore entrerebbe in contatto colla cupola pleurica intorno all'arteria succlavia. Allora due ordini di fatti verrebbero rivelati:

a) a causa di alterazioni infiammatorie si manifesterebbe l'influenza della respirazione diaframmatica col sintomo radioscopico di Williams;

b) per la terapia è importante in ogni caso che per ottenere la posizione di riposo non basta la sezione del frenico, ma è necessaria l'estirpazione del simpatico cervicale e addominale.

Alvares poi consiglia l'estirpazione del gran simpatico in alcuni casi di tubercolosi polmonare iniziale allo scopo di indurre una iperemia arteriosa dalla quale si ripromette i benefici della stasi alla Bier.

Data la stretta relazione fra sistema nervoso vegetativo e le ghiandole a secrezione interna, è quasi sempre costante una ripercussione morbosa reciproca.

Nei casi in cui questo complesso sistema è primitivamente alterato la tubercolosi più facilmente si sviluppa e si propaga e d'altra parte le tossine tubercolari agiscono in modo generale sopra il sistema nervoso e le ghiandole a secrezione interna. Questa influenza è conosciuta anche per molte altre malattie infettive ed in questo caso è visibilissimo l'antagonismo funzionale fra vago e simpatico che può essere messo in evidenza da reazioni farmacologiche. Se pure non esiste un vero e proprio quadro clinico di vagotonia e di simpaticotonia, nondimeno esiste un grande numero di soggetti nei quali l'un sistema è più eccitabile dell'altro. Così nella tubercolosi noi consideriamo come sintomi vagotonici la facile stanchezza, la tendenza alla sincope, i disturbi gastrointestinali, la facile sudorazione.

Hoffmann distingue tre stadi di reazione vagotonica graduabili coll'azione della pilocarpina, e raccoglie in un solo tipo i simpaticotonici che vengono rivelati dall'azione dell'adrenalina.

I simpatico tonici hanno una prognosi molto più sfavorevole.

Schul ritiene che la tubercolosi *essudativa* dovesse considerarsi come forma simpatico tonica, pupille ampie, polso frequente, atonia intestinale.

Le forme *proliferative* sono da considerare come vagotoniche, con polso lento, iperacidità e scarsa reazione all'adrenalina.

Gali trovò il fenomeno di Dagnini positivo nelle forme produttive 92 sopra 118 casi e nelle forme assudative 3 sopra 35.

La prova della pilocarpina fu molto intensa nelle forme produttive 34 sopra 47 casi, nelle forme essudative 7 sopra 23 casi.

Al contrario le reazioni all'adrenalina (Loewi-glicosuria) furono di gran lunga superiori nelle forme essudative che in quelle produttive.

Di particolare interesse sono i lavori di Guth che mise in evidenza una inibizione della reazione di Von Pirquet per iniezione di adrenalina, ed un aumento per iniezione di pilocarpina; egli da questi fatti trasse la conclusione che l'essenza di questa reazione riposa su azioni vasomotorie. In conclusione possiamo affermare che nelle tubercolosi a tipo cirrotico produttivo l'eccitabilità del simpatico è più o meno normale, mentre in quelle essudative particolarmente in istadio avanzato, essa è chiaramente diminuita. Abbiamo visto che la distinzione della forma nervosa nei tubercolosi ha anche un valore prognostico; ma l'adrenalina per la sua azione fugace non permette di studiare a lungo le variazioni del tono del simpatico. Ora Santemberger stabilì che l'attività ordinata dei nervi e dei muscoli è legata all'azione degli elettroliti: sodio, potassio, magnesio e calcio, specialmente del calcio. Questo minerale all'infuori del suo significato nel metabolismo, modifica le azioni farmacologiche, nel senso di rendere più o meno eccitabili i nervi vegetativi ed i muscoli ad essi dipendenti, e potrebbe quindi, dal punto di vista terapeutico elevare il tono dei simpatico-deboli che hanno una così sfavorevole prognosi.

In ogni modo l'A. è convinto che gli studi sull'azione del sistema degli elettroliti sul sistema nervoso vegetativo battono una buona strada e che essi potranno portare nuova luce sul complicato problema della tubercolosi.

AGENORE VALENTINI.

Sulla influenza possibile dei neuromi di cicatrizzazione dei piccoli rami nervosi nella patologia degli arti e dei visceri.

(R. LERICHE. *Lyon Chirurgical*).

Per meglio capire le idee da svolgere ricorderà alcuni fatti già descritti ed altre osservazioni ancora inedite:

1° In certe condizioni che ignoriamo completamente e che l'infezione non basta a realizzare, il neuroma che si forma al capo superiore di un nervo sezionato, si sviluppa più dell'ordinario e provoca alla periferia una serie di alterazioni vasomotorie e trofiche che si aggiungono secondariamente al deficit sensitivo-motore già esistente e cessano togliendo il neuroma.

Si può immaginare che il neuroma produca sulle terminazioni nervose vicine un eccitamento, punto di partenza di un riflesso vaso-dilatatore, donde il pervertimento circolatorio periferico, che crea edema e manifestazioni trofiche. Che si tratti di un riflesso lo prova il fatto che la simpatectomia periarteriosa, che agisce a distanza, ha gli stessi effetti dell'ablazione del neuroma.

2° Sotto influenze ignote si vedono comparire in monconi di amputazioni anche asettici, dolori, crisi vasomotrici, edemi, ulcerazioni. L'escissione del neuroma di cicatrizzazione li fa scomparire, come pure la neurotomia alta (resezione fisiologica del neuroma) e la simpatectomia periarteriosa. Perciò il suo modo di azione è lo stesso del caso precedente.

3° Dopo cicatrizzazione di alcune ferite contuse della faccia e degli estremi degli arti si possono osservare fenomeni analoghi: dolori irradianti, aventi o no il tipo causalgico, disturbi vasomotori, distrofie cutanee ed ungueali. Agli arti si può osservare anche diminuzione della pressione arteriosa, con riduzione delle oscillazioni; alla faccia sintomi a carico del simpatico cervicale: enoftalmo, diminuzione dell'apertura palpebrale ed anche emiatrofia faciale.

Agli arti si ottiene la guarigione escindendo tutto il focolaio cicatriziale, a patto, però, che l'asportazione sia completa, se no recidiva.

Lo stesso risultato può ottenersi colla simpatectomia periarteriosa, ma non sempre. Alla faccia la simpatectomia pericarotidea, o l'ablazione del ganglio cervicale superiore porta a guarigione.

Forse anche in questi casi si tratta di neuromi all'estremità dei fini rami nervosi sezionati o schiacciati dal trauma.

4° Sindromi analoghe si osservano dopo forti contusioni, che hanno schiacciato i tessuti contro un piano resistente: schiacciamento di una falange.

Per lo più si tratta di zone dolorose localizzate. Sarebbe interessante vedere se l'escissione di questa zona porti a guarigione. In ogni modo la resezione della falange guarisce, come pure la simpatectomia periarteriosa.

Per la loro somiglianza non si può immaginare che tutto il complesso di questi fatti possa essere originato da veri piccoli neuromi interstiziali dei tessuti a contatto della cicatrice?

5° Delle ferite lineari accidentali, delle ferite chirurgiche possono, ma più raramente, dar luogo a fatti simili. Questo si vede specialmente dopo ferite delle falangi: su tutta la lunghezza del dito la pelle è liscia e lucente, senza solchi, fredda, con crisi di cianosi; il minimo contatto provoca dolori irradianti.

Abbastanza rapidamente si ha atrofia muscolare all'avambraccio e, alla lunga, una vera atrofia del dito. Ora, in casi di questo genere, l'A., essendo intervenuto tardivamente per disarticolare il dito, ha cominciato col verificare l'antica zona traumatica ed ha trovato un piccolo neuroma grande quanto una testa di spilla, sul nervo collaterale.

* * *

Simili concezioni devono essere trasportate anche nella patologia viscerale.

P. Masson ha visto nelle appendici cronicamente infiammate, che avevano avuto una ulcerazione della mucosa, il tess. connettivo giovane, organizzato nel lume appendicolare, invaso da un neuroma diffuso a tipo simpatico.

L'A. crede che a queste lesioni si debbano riportare gli accidenti dell'appendicite cronica abituale, malattia estinta, allo stadio cicatriziale: il neuroma simpatico dell'appendicite obliterante agirebbe come il neuroma di un moncone di amputazione, producendo per via riflessa fenomeni vasomotori diffusi, che dànno luogo a dolori, accessi congestivi, tinte secretorie e finalmente disarmonie ghiandolari o muscolari del tipo atrofico o no.

L'A. ha fatto ripetere a Policard le ricerche di Masson e anch'egli ha trovato lo stesso reperto. Sarebbe da vedere se fatti analoghi non

si potrebbero riscontrare nelle trombe obliterate da lungo tempo, o nelle pareti intestinali già infiammate ed ulcerate. Non vi è nessuna ragione perchè i noduli cicatriziali parenchimatosi, intraghiandolari o parietali non agiscano come le cicatrici degli arti e non provochino disturbi riflessi.

E si potrebbe anche andare a cercare se simili lesioni non abbiano un influsso sfavorevole nelle qualità dei risultati lontani degli interventi addominali. Per es. nell'ulcera peptica del digiuno consecutiva ad un intervento gastrico, niente di meraviglia che il fenomèno iniziale sia un disturbo dell'innervazione vasomotrice creato da un neuroma simpatico di cicatrizzazione. G. MATRONOLA.

Ferita accidentale limitata al piede della terza frontale sinistra ed afasia motoria.

Il caso che Fiamberti e Filippini (*Riforma Medicale*, 1923, aprile) riportano offre un interessante contributo allo studio della Patologia del linguaggio.

Un maniscalco di 35 anni è, il primo di ottobre 1922, colpito da arma da taglio alla regione temporale sinistra; un medico chiamato ed accorso dieci minuti dopo trova il ferito incapace di esprimersi nel mentre le sole parole da lui pronunziate erano: «*mai! mai! ma che! ma che! ostia!*».

Condotto all'Ospedale si constata una ferita interessante la frontale terza sinistra con sindrome classica di afasia motoria che si conserva pura sino al pomeriggio del 4 ottobre, giorno in cui si comincia a notare un cenno di paresi del facciale di destra. Dal 4 al 15 ottobre si manifestano in modo lentamente progressivo i sintomi di un ematoma comprimente l'emisfero cerebrale sinistro. Il 15, operato, viene asportato l'ematoma; qualche giorno dopo i fatti paralitici a carico degli arti e del viso scompaiono del tutto nel mentre è inalterato il disturbo del linguaggio. Più tardi e lentamente scompare anche questo.

Lo stabilirsi della sindrome afasica netta e completa immediatamente dopo il trauma, quando l'ematoma — che diede di sè cenno soltanto tre giorni più tardi — non poteva in alcun modo essere invocato come elemento causale, il permanere dell'afasia motoria molto tempo dopo lo svuotamento dell'ematoma fanno ritenere agli AA. che la lesione riscontrata interessante il piede della frontale terza sinistra, sia stata la causa determinante di per sè sola dell'insorgere dell'afasia.

Il caso degli AA. è in evidente contrasto con le vedute di Pierre Marie e del Bernheim sulla genesi dell'afasia motoria; dalle misurazioni degli operatori risultò che la lama feritrice era sufficientemente peciltrata per ledere la sostanza grigia della F. 3, ma non certo per ledere la sostanza bianca sottostante.

Insieme con i casi già noti di lesioni circoscritte interessanti la F. 3 sin. e provocanti afasia motoria, il caso in questione ha il valore di dato sperimentale probativo della genesi dell'afasia motoria. MONTELEONE.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

CHARLES RICHET. *L'oeuvre de Pasteur*.

Quasi a epilogo del celebrato primo centenario pasteuriano l'illustre Fisiologo della Università di Parigi pubblica il suo recente volume, nel quale descrive l'opera scientifica di Luigi Pasteur. Non già che Egli abbia ricordata tutta l'opera, o fatta la monòtona biografia dell'immortale, ma Egli ne ha definita e rilevata la parte essenziale, creatrice, rifulgente per la mente inventiva e per il metodo esauriente. Il Pasteur, infatti, con mezzi semplici si era andato affinando nella tecnica biologica così da ricordare, per analogia, la *virtuosità* di Augusto Righi e di H. A. Lorentz nella fisica sperimentale. Da particolari di stereochimica e fisica molecolare il chimico pure sconfinò nel regno biologico con i mirabili trovati sui fermenti e fermentazioni, e poi sui virus e infezioni; applicando i principi della scienza pura a servizio della società dolorante, in successivi trionfi ascendenti.

Il Richet in « *L'oeuvre de Pasteur* » (Paris, Alcan éd.) riguarda l'opera Pasteuriana nelle origini, e nei fini diretti; senz'addentrarsi nei problemi massimi delle scienze etico-morali, e universali, senza toccare della « immanenza », cui si riferirono Grasset, Mueckermann, sir Stokes, Davy, lord Kelvin e altri recenti cultori dell'idealismo naturalistico, illustrato dal Kneller di Lussemburgo.

Intanto a Strasburgo sta per chiudersi il ciclo del mondiale rito, celebrato anche in Italia con le commemorazioni dei Marchiafava, Bertarelli, Perrando, Trambusti; che ne pubblicò una perspicua biografia (edita a Bologna da N. Zanichelli). Si potrebbe, dunque, ripetere quello che dall'on. senatore Mangiagalli fu detto del secentenario dantesco; e cioè che questo primo centenario è stato celebrato dovunque vi sono la gratitudine e l'umanità.

Uno dei nostri ultimi commemoratori è stato Lorenzo Borri, caposcuola della medicina legale e sociale in Italia. L'illustre professore dell'istituto fiorentino di Studii Superiori, chiuse la breve e operosa vita con quest'elogio, pub-

blicato ora dai suoi colleghi professori Cazzaniga, Cevidalli e Leoncini, nel volume «*Discorsi e Conferenze*» (edito in Firenze da L. Battistelli). Il Borri, ricordata l'agile statua plasmata da Giulio Monteverde in memoria di E. Jenner, diede sviluppo e illustrazione al concetto, da noi espresso nel «Policlinico» (fascicolo 16, anno 1923, pagina 510). Se è vero, scrivemmo allora, che l'innesto jenneriano di cento anni prima era stato riconosciuto dal Leyden per il maggior trionfo della medicina, è pur vero che l'oscura e incerta nozione delle infezioni ostava alla formazione di una dottrina etiologica e patogenetica, accertata infine dalla prova e controprova del metodo sperimentale risolutivo.

E il Borri svolgendo poi quel concetto, concludeva che «il Pasteur dell'empiria fece scienza in una catena inanellata da lui svolta e risalita in serie....».

Nel *laboremus!, il faut travailler!* del Maestro si scorge l'esortazione alla perseveranza nel metodo irto di scogli e cimenti, perchè Egli voleva — a dirla con il Borri — che la grazia fosse meritoria nel cenacolo apostolico dei discepoli «dove si prodigava, illuminatore di spiriti!». E il Richet vede nel puro amore la sorgente di tanti benefizii, derivati dalla ricerca silenziosa nel fervente laboratorio!

Un suo ammiratore poi commenta: «*ce qui manque le plus à beaucoup, c'est justement l'amour désintéressé de la science*». La sacra fiamma fecondò il possente ingegno, che rivive sempre tra i perfezionatori della tecnologia dal Yersin, Roux, Metchnikoff, ecc., al recente vincitore del premio Noebel, per la biologia: Jules Bordet, l'ideatore fortunato del sistema ematolitico (Arthus) di saggio, per il quale è dato di verificare se la funzione complementare sia o no soppressa. Non si dimentichi che l'immunità, con l'ematologia e l'endocrinologia, è uno dei maggiori capitoli o libri della clinica contemporanea. Ma sarebbe far torto alla nostra società se si pensasse che Ella abbia così intensamente partecipato a questo primo centenario, soltanto perchè il Pasteur la protesse da morbi virulenti, o le difese gregge, armenti e pollai, o le procacciò seriche vesti, buon vino, e ottima birra!

No! la società colta e civile si è radunata in una *union sacrée* d'uomini di buona volontà, nel nome di colui, che arrivò alla catàrsi o proda di sentimenti sublimi; dove albergano le perenni e pure gioie *de l'ésprit des lois* del Montesquieu.

Genova, 18 maggio 1924.

Prof. LUIGI CARLO MASSINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XIII Congresso Ostetrico-Ginecologico.

Napoli, 5-6 maggio 1924.

Sulla evoluzione del metodo della conservazione delle ovaie con isteroplastica.

Dott. M. SPINELLI (Napoli). — Rivendica a suo Padre — il prof. P. G. Spinelli — l'idea della isteroplastica (1899) seguita dalla sua scuola, attuata da Kelly e dalla chirurgia francese, lodata da Pestalozza. Fa la storia del metodo di isterectomia fondale e della resezione cuneiforme verticale, invece che trasversale del corpo uterino, al di dentro dei corni uterini o dell'ingresso delle tube quando possibile (operazioni per piccoli fibromi, per metriti emorragiche, ecc.) per lasciare intatto il sistema nerveo-vascolare uterino. La statistica del prof. Spinelli padre conta più di 200 di tali operazioni. L'O. accenna alle varie complicazioni del metodo (suppurazioni, ecc.) per indicare il modo di ovviarvi. Mette in evidenza il vantaggio di tale tecnica — quando attuabile — per limitare il numero delle donne castrate chirurgicamente o con le neoterapie fisiche, le quali ultime in mano dei medici anche non ginecologi ora dilagano in modo impressionante e pericoloso.

Alcuni sintomi e localizzazioni meno frequenti di gravidanza extrauterina.

Dott. RENATO DE PORENTA (Trieste). — L'O. si sofferma più particolarmente sul dolore alla spalla, il così detto sintomo frenico che ebbe occasione di constatare in tre casi di rottura della sacca gravidica con inondazione peritoneale. Dimostra inoltre un preparato di gravidanza interstiziale ed uno di gravidanza ovarica da lui operato.

L'elettricità in ginecologia e la Roentgenterapia nella cura dei fibromi uterini.

Dott. A. LAURO (Napoli). — Fa notare l'importanza dell'elettricità in terapia ginecologica, nella cura dei neoplasmi benigni e maligni (Roentgenterapia, Radiumterapia, Diatermia) in quella dell'ipoplasia genitale, nelle amenorree primarie e secondarie, ecc. Mette in evidenza l'utilità delle cure radium- e radioterapiche per aumentare successivamente le indicazioni chirurgiche. Ricorda i lavori che hanno studiato l'azione dei raggi sulla degenerazione maligna dei fibromi, sui fenomeni post-roentgenclimaterio e post-chirurgo-climaterio. Studia il meccanismo d'azione dei raggi sulla regressione dei neoplasmi, i suoi effetti sulla donna in età giovane e parla delle indicazioni per la Roentgencastrazione e per l'aborto provocato da raggi X.

Cura dei miofibromi dell'utero con la elettrolisi, secondo il metodo dell'Apostoli - Risultati prossimi e definitivi.

Dott. FR. CANDIA (Napoli). — *Conclusioni:*

1) Il trattamento dell'Apostoli nella maggioranza dei fibromiomi arresta emorragie e dolori;

2) Dà luogo ad una vera *restaurazione* delle forze delle pazienti;

3) Con inversione della corrente — seduta stante — specialmente nei fibromiomi non emorragici ed in quelli dolorosi, è utilissima;

4) Dà quasi sempre, nelle donne giovani, la regolarizzazione mestruale.

5) Induce la diminuzione di volume dei tumori.

L'O. ha tratto queste conclusioni dall'osservazione di 30 anni di tale trattamento dei fibromiomi.

Discussione.

Prof. OLIVIO (Genova). — Il metodo dell'Apostoli non è così innocuo come si afferma. Si ebbero casi di putrefazione di fibromi con grave pericolo per le donne.

Alcuni rilievi sopra 100 casi di epiteliomi della portio trattati col radium.

Dott. INNOCENZO ODESCALCHI. — I casi personalmente trattati dall'O. riguardano malate accolte nella sezione di oncoterapia dell'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Milano dal marzo 1923 al marzo 1924. Mancando i risultati a distanza, sono riportati quelli immediati ponendo a confronto tecniche e dosi colle particolarità cliniche ed istologiche. Vengono riferiti e discussi gli insuccessi e le complicanze osservate e si traggono conclusioni in riguardo alle direttive del trattamento radioattivo da seguirsi nella cura del cancro del collo dell'utero.

Discussione.

Prof. FOSSATI (Milano). — Richiama l'attenzione sulla radiumterapia chirurgica già largamente praticata nella Clinica di Milano, con risultati ben promettenti anche per gli esiti lontani.

La colperrafia mediana in Italia.

Prof. A. GUZZONI DEGLI ANCARANI (Modena). — Fa la storia della operazione riferendosi specialmente alla Scuola ticinese del Cuzzi suo maestro ed alle larghe applicazioni che essa ebbe in seguito in tutte le scuole italiane. Ciò specialmente gli sembra utile ricordare di fronte ad affermazioni di stranieri che vorrebbero l'operazione ideata e praticata quasi esclusivamente fuori d'Italia.

Note istologiche su di un carcinoma del collo uterino irradiato.

Dott. M. SCIBELLI (Napoli). — Illustra il caso clinico ed il reperto istologico per studiare l'azione biologica delle sostanze radio-attive. Facendo la sintesi della letteratura ricorda che la terapia irradiante induce nel carcinoma modificazioni diverse profonde e superficiali a seconda dell'estensione della neoplasia, della localizzazione, dell'età del soggetto. Riferendo le sue osservazioni, nota che la parte ulcerata del tumore osservato rimase inerte al radio e che ad una distanza di tre centimetri dall'ulcerazione non si vede più la reazione connettivale all'invasione neoplastica. Pensa che sarebbe opportuno l'allontanamento delle zone ulcerate neoplastiche prima dell'irradiazione.

Osservazioni sulla resistenza degli eritrociti con il metodo di Hamburger in ostetricia e ginecologia.

Dott. D. P. MARINUCCI (Napoli). — Lo studio del numero relativo dei globuli rossi, di differente resistenza, col metodo di Hamburger, applicato in ostetricia e ginecologia, fornisce delle notizie preziose sulla distruzione e sulla rigenerazione dei globuli nei diversi stati fisiologici e patologici della donna.

Contro l'aborto terapeutico ripetuto. Considerazioni e proposte.

Prof. L. A. OLIVA (Genova). — L'aborto ripetuto terapeutico deve essere possibilmente allontanato dalla pratica ostetrica per ragioni morali, sociali e ginecologiche.

L'unico mezzo sta nello sterilizzare la donna in occasione del primo aborto terapeutico.

Il metodo migliore è la sterilizzazione inguinale tubarica, che può essere anche temporanea, giacchè, con una salpingostomia si può, nei casi che lo richiedano, ristabilire la fecondabilità.

Sui limiti della miectomia in gravidanza.

Prof. O. VIANA (Verona). — L'O. illustra un caso clinico di miectomia in gravidanza al sesto mese (fibroma di un kilogr. di peso) il quale dimostra la notevole tolleranza dell'utero per gravi interventi anche negli ultimi tempi della gestazione ed anche per l'ablazione di tumori sessili. Nota che l'indicazione operatoria è data da modificazioni di nutrizione del tumore (necrobiosi) e da fatti infettivi concomitanti.

Un caso di miomectomia in gravidanza.

Prof. M. MASSONE (Genova). — L'O. riferisce sul caso osservato in una primigravida al VII mese di gravidanza complicata da mioma del corpo dell'utero a rapido accrescimento, con fenomenologia dolorosa. Eseguita la laparotomia, la gravidanza proseguì regolarmente sino al termine. Con questo intervento conservatore, frattanto, è stata conservata la sua funzionalità all'utero con la possibilità di ulteriori gravidanze.

Discussione.

Prof. FOSSATI (Milano). — Riferisce di 10 casi di miomi sessili operati in gravidanza dal terzo al quinto mese nell'Istituto di Milano, uno anche a parziale sviluppo intraligamentoso. I tumori avevano un peso tra 500 e 1200 grammi, alcuni con segni degenerativi. Alcune donne presentavano dolori e temperatura.

Esiti buoni: donne tutte guarite: due sole ebbero interruzione della gravidanza.

Miofibromi dell'utero e placenta previa.

Prof. C. VOLPE (Napoli). — *Conclusioni:* La placenta previa nella miomatosi è rara (2-3 %); quando si verifica non è semplice coincidenza. Le modificazioni dell'endometrio degli uteri miomatosi giustificano nei casi osservati l'impianto anomalo placentare.

Un caso raro di ematuria in gravidanza.

Dott. P. CASTAGNA (Anticoli - Roma). — L'ematuria iniziò all'VIII mese della quarta gravidanza della donna venticinquenne. Esame cistoscopico negativo. L'Emetina valse a far cessare l'ematuria nelle sue diverse comparse. Dopo il parto cessò del tutto.

Discussione.

Prof. C. MICHELI (Roma). — Ricorda i casi gravi, anche letali, di ematuria in gravidanza, registrati nella letteratura. Domanda se nel caso dell'O. l'ematuria era legata a fatto meccanico o a lesioni vasali (varici) o a fatto tossico.

Dott. CASTAGNA (Anticoli - Roma). — Nel suo caso erano in causa fatti tossici.

Un caso di corea in gravidanza.

Dott. P. CASTAGNA (Anticoli - Roma). — La complicazione fu osservata dall'O. in una primigravida ventottenne, sorta all'inizio del nono mese di gestazione. Dopo le abituali cure calmanti, l'O. esperimentò il cloruro di calcio (soluzione al 35 %) per via endovenosa, ottenendo la guarigione, come l'aveva ottenuta già in forme di vomito incoercibile.

Discussione.

Prof. GUZZONI (Modena). — Ricorda un suo caso di corea nel quale la cessazione della sindrome coreica si ebbe solo con l'interruzione della gravidanza che crede trovi indicazione precisa nella malattia.

Dott. CASTAGNA (Anticoli - Roma). — Egli non si ridusse nel suo caso all'interruzione gravidica, perchè la cura instituita delle iniezioni di cloruro di calcio fecero cessare la sindrome coreica e permisero bene il successivo decorso della gravidanza.

Limiti protettivi della gelatina di Warton e della guaina amniotica sui vasi del funicolo.

Dott. B. RAGUSA (Roma). — L'O. ha costruito un apparecchio per studiare la circolazione del funicolo e determinare i limiti di protezione esercitati dall'involucro sui vasi. Ha cercato di stabilire nei vari casi la forza di compressione o tensione occorrente per annullare detto sistema protettivo. Conclude, come principio generale, che, mentre la gelatina protegge i vasi contro ogni accidente che determini compressione, invece la guaina (con le sue fibre) protegge i vasi contro ogni accidente che determini trazione o contro la trasudazione eccessiva. Un ostacolo lungo il circolo può produrre anche poliamnios acuto.

Cefalometria fetale indiretta e sua eventuale utilità in ostetr. e medicina legale.

Dott. L. SCHIAFFINO (Genova). — Studiò i rapporti diametrici della testa del feto a termine e quelli della testa dei genitori, seguendo le proposte Oliva e Vassallo (1900).

Conclusioni:

I neonati maschi nell'84 % hanno configurazione cranica analoga a quella materna; le femmine nell'82 % analoga a quella paterna.

I diametri cranici fetali nel 65 % hanno rapporto costante con quelli materni.

L'O. fa notare l'importanza di queste conclusioni — uguali a quelle dei lavori di Oliva e Vassallo — specie se ancora confermati nel campo ostetrico (parto prematuro, operazioni cesaree, pelviotomiche) e nel campo medico-legale (ricerca della maternità eventuale e della paternità).

Discussione.

Prof. OLIVA (Genova). — Conferma il vantaggio medico-legale della cefalometria indiretta fetale, non smentendo con questo i vantaggi che essa può avere nell'ostetricia pratica.

Contributo statistico allo studio del taglio cesareo nella placenta previa.

Prof. O. VIANA (Verona). — L'O. ha raccolto in un'unica statistica 191 casi di placenta previa (73 inediti) trattati col taglio cesareo nelle varie cliniche italiane.

In rapporto al grado di previetà, il 75 % è rappresentato dalla placenta previa centrale, il 22 % dalla marginale, il 3 % dalle altre varietà.

L'intervento fu 116 volte conservatore: (13.7 % di mortalità), 74 volte demolitore (8.1 % di mortalità).

La mortalità globale fu dell'11.4 % per le madri e del 23.2 % per i figli.

La cura chirurgica della placenta previa non si è ancora diffusa fra noi, in modo da contrastare il campo ai metodi ostetrici.

La sede della placenta nel taglio cesareo.

Prof. NICCOLÒ RIZZACASA (Aquila). — I segni rivelatori della sede placentare sono tre: la direzione dei legamenti rotondi; la sporgenza della parete uterina; la ricca rete venosa sulla superficie esterna dell'utero corrispondente alla zona placentare. Di questi segni il più costante, riscontrato dall'O., è quello della rete venosa. Questo segno poi, dato il moderno indirizzo, sia di taglio cesareo extraperitoneale, sia di taglio cesareo cervicale transperitoneale, diventa l'unico, se non l'esclusivo, nella diagnosi della sede della placenta, quando questa fosse eccezionalmente impiantata sul segmento inferiore.

L'O. riferisce casi clinici, relativi all'argomento.

La sinfisiectomia parziale dilata permanente il bacino.

Dott. COSTA (Novara). — La casistica si estende già a quattro donne che partorirono la seconda volta dopo la sinfisiectomia. I parti furono tutti spontanei, i feti nacquero tutti vivi a termine. Ciò conferma le conclusioni antecedenti, cioè: La sinfisiectomia torna utile come operazione a sè; ma, se nei limiti ad essa assegnati (non sotto i 78 mm.) l'ostetrico, per qualsiasi ragione, credesse opportuno non addivenire ad essa per un parto imminente, ma volesse attenersi al taglio cesareo, ha il dovere di eseguire la sinfisiectomia come complemento al taglio cesareo. La sinfisiectomia in tal caso è operazione di estrema facilità, non prolunga sensibilmente l'intervento cesareo; non ne aggrava affatto la prognosi: permette invece di fare notevole assegnamento sulla spontaneità dei parti successivi.

Considerazioni su due casi di operazione secondo Costa.

Dott. DI BERNARDO (Spezia). — L'O. conclude: 1) l'atto operativo non è alla portata di qualunque medico ed ambiente; 2) il vantaggio reale dell'operazione è minore di quello affermato (in ambedue i casi fu necessario il forcipe nel parto seguente l'operazione; nel secondo caso si ebbe rottura della sinfisi); 3) facile la formazione di ematomi suppurati e sepsi dello spazio di Retius, come nei suoi due casi.

Discussione.

Dott. CASTAGNA (Anticoli - Roma). — Riferisce due suoi casi di operazioni di Costa con buon resultato e raccomanda il processo operativo specie nella pratica professionale.

Dott. FOSSATI (Milano). — Ha eseguito 4 volte l'operazione di Costa, 4 volte la resezione del promontorio e 2 volte le due operazioni associate con risultati immediati favorevoli. In un caso della «Costa» ebbe suppurazione, in un altro distrazione della sinfisi, in un altro grave emorragia vinta però senza difficoltà. Tutte le donne guarirono. Per gli esiti lontani: un caso di resezione del promontorio offrì modo ad un successivo parto spontaneo (C. V. = 73 mill. avanti l'operazione).

Prof. MIRANDA (Napoli). — Vide dopo operazioni sull'arco pelvico anteriore sempre cistocele, in un caso ernia vescicale. Bisogna dunque vedere gli esiti lontani. I vantaggi della dilatazione pelvica con l'operazione di Costa possono talora esser dovuti alle minor dimensioni della testa fetale nei parti successivi. Riconosce la genialità dell'operazione di Costa, ma preferisce quella più logica di Rotter-Mangiagalli per la resezione del promontorio.

Prof. OLIVA (Genova). — Ricorda le sue conclusioni per l'operazione date al Congresso di Trieste.

Dott. DI BERNARDO (Spezia). — Risponde ai vari oratori.

Rottura della sinfisi pubica nel parto complicata a quella dell'uretra e del collo vescicale

Prof. C. VOLPE (Napoli). — Donna venticinquenne, non rachitica, primigravida. Forcipe applicato dal medico condotto. Constatazione in Clinica della lesione e sua illustrazione.

Conclusioni:

1) Possibile e rara la rottura spontanea delle sinfisi in parto (da processi infiammatori, neoplastici — tubercolari, sifilitici — osteomalocici pubici.

2) Rotture traumatiche della sinfisi ben più frequenti per forcipe su testa all'ingresso pelvico.

3) Movimenti di divaricazione, proiezione in avanti e abbassamento dei pubi costituiscono il tripode patogenetico della rottura della sinfisi e spiegano la contemporanea lesione delle parti molli retropubiche.

4) La lesione può avvenire anche in mani esperte e indica i pericoli delle applicazioni alte di forcipe.

Sui vantaggi del forcipe di Kielland.

Prof. S. PICCOLI (Napoli). — Ricorda la tecnica per questo forcipe del quale la Società si occupò già nell'ultimo Congresso. Il vantaggio di poter fare con esso sempre applicazioni simmetriche e la innocuità di una tecnica corretta per il giro assiale della branca anteriore retro-pubica fanno ritenere che sarebbe opportuno che il forcipe andasse nelle mani anche del medico pratico. Ricorda la necessità della diagnosi ostetrica esatta di posizione fetale per questo forcipe.

Discussione.

Prof. OLIVA (Genova). — Crede che veramente dovrebbe il forcipe di Kielland esser esperimentato più largamente.

Dott. ARTOM (Roma). — Ritiene prematuro portare il forcipe di Kielland nella pratica professionale. Bisognerà attendere un decennio di esperimento dell'istrumento nelle Cliniche e Maternità prima di dare per esso un sicuro giudizio. Nella Clinica di Roma i risultati furono buoni, non però superiori a quelli del forcipe comune.

Prof. GUZZONI (Modena). — È per la limitazione ad un solo forcipe nella pratica. La necessità della esatta diagnosi di posizione basta da sola a dimostrare che il forcipe di Kielland non deve esser in mano al medico pratico.

Prof. MIRANDA (Napoli). — Nella sua Clinica si ebbero col forcipe di Kielland buoni risultati: ma si accorda nel concetto che occorra una più lunga esperienza per dare un giudizio su questo forcipe.

Dott. RAGUSA (Roma). — In un caso nel quale gli riuscì difficile il giro della branca anteriore del forcipe di Kielland nella maniera abituale, riuscì lateralizzando la branca.

Prof. PICCOLI (Napoli). — Nelle occipito-posteriori la superiorità del forcipe di Kielland è evi-

dente in quanto richiede una applicazione sola. Riconosce la necessità di più larga esperienza per un giudizio sicuro.

La prognosi del secondamento manuale nella Maternità degli Ospedali di Roma.

Dott. G. ZAMPA (Roma). — L'O. ricorda le cifre della mortalità puerperale dopo il secondamento manuale, ben differenti secondo i vari OO.: (dal-l'1-3 % al 46 %).

Egli ha consultato le schede di 109 secondamenti artificiali verificatisi negli ultimi 13 anni nella Maternità degli Ospedali di Roma da quando è sotto la direzione del prof. Micheli. Ha trovato una morbilità globale del 53 % ed una mortalità del 5,5 % (3,66 % per il secondamento manuale seguito ad altri interventi ostetrici; 1,84 % per il secondamento artificiale praticato come unica operazione).

L'O. espone le norme adottate nella Maternità romana per ridurre il numero dei secondamenti artificiali (pituitrina, ecc.) per la profilassi della sepsi puerperale (vaccinazione, sieroterapia, argento colloidale, nucleinato sodico, disinfezione endouterina dopo l'operazione).

Discussione.

Prof. OLIVA (Genova). — Il metodo del genovese Mojon, ricordato anche dall'O., meriterebbe di esser esperimentato prima di ogni secondamento artificiale, se non emorragico.

Dott. RAGUSA (Roma). — Ricorda il suo manicotto di gomma — proposto in altro Congresso — per ricoprire la mano operante il secondamento, mentre essa passa nella vagina specie se settica.

Dott. ZAMPA (Roma). — Si accorda nell'opportunità di riprendere in esperimento il metodo di Mojon, secondo una recente proposta. Crede che il manicotto di gomma proposto da Solaro e da Ragusa non possa esser adoperato che nelle Cliniche e Maternità: difficilmente nella pratica.

Nota sulla vaccinazione streptococcica per la profilassi della infezione puerperale.

Dott. V. ARTOM DI SANT'AGNESE (Roma). — Insieme con il laureando sig. Arnone ha fatto sistematicamente negli ultimi mesi, nella Clinica di Roma, con criterio di profilassi, iniezioni di vaccino streptococcico nelle donne in travaglio a sacco aperto, febbricitanti, o immediatamente dopo un parto distocico. Iniezioni successivamente di 200, 500, 1000 milioni. Percentuale di puerperi febbrili 25 % inferiore al procento dopo parti distocici specie nella considerazione che in 5 casi sperimentati si trattava di streptococchi emolitici.

Discussione.

Prof. PERAZZI (Siena). — Chiede come siano giustificati i buoni risultati ottenuti, nonostante che alla vaccinazione antistreptococcica segua, come è noto, una fase negativa, nella considerazione che la vaccinazione fu praticata nell'imminenza del parto.

Dott. ARTOM (Roma). — All'atto pratico la fase negativa non ha dato alcun inconveniente, specialmente perchè, come fu proposto, al vaccino ha associato la contemporanea iniezione di siero antistreptococcico.

La stomoterapia endovenosa nelle sepsi puerperali.

Dott. GAETANO DOSSENA (Milano). — Le stomosine Centanni hanno un alto valore curativo nelle sepsi puerperali solamente se iniettate per via endovenosa. Per via sottocutanea si dimostrano invece completamente inefficaci.

È necessario ricorrere a questa terapia quanto più precocemente possibile e di controllare in ogni caso la funzionalità cardiaca e renale.

Tra tutte le proteine eterogenee, le stomosine Centanni sono quelle che dànno i migliori risultati, evitando ogni conseguenza dannosa.

Sulla abilitazione delle donne allo esercizio della ginecologia in Napoli all'epoca angioina.

Proff. G. MIRANDA e M. MASTRORILLI (Napoli). — Ricordano gli OO. una loro precedente pubblicazione (Archivio di Ost. e Gin., Sez. II, Anno XVII, n. 11, 1923) nella quale fu messo in luce che il 1734 ed il 1777 furono le date rispettive di fondazione degli insegnamenti di ginecologia e di ostetricia nell'Università di Napoli.

Ricordano i dati storici degli insegnamenti dell'Università fondata nel 1224 da Federico II, la sua costituzione emanata nel 1231, il primo registro angioino che segnala il gran numero di sanitari laureati già nel 1272.

In un registro successivo (1321) appare indicato il primo privilegio concesso per l'esercizio della medicina.

Gli OO. ricordano successivi privilegi con l'indicazione speciale «*pro mulieribus*» indicati in ulteriori registri (1338-1343).

Ricordano i precetti del «libro *de gyneceis*» (1320).

Concludono gli OO., che l'insegnamento delle malattie muliebri nasce nello studio napoletano nei primi anni del secolo XIV con il conferimento del diploma alle donne. La ginecologia così progredì nelle terre napoletane, che nel 1734 (epoca di Re Carlo di Borbone) fu istituito un insegnamento straordinario nella cattedra «*de morbis mulierum et puerorum*».

***

Il Congresso chiude i suoi lavori, prendendo la deliberazione, che la nuova riunione sia tenuta a Cagliari ed a Sassari nell'ottobre 1925, predisponendo per esso le relazioni scientifiche:

1) «*Malattie delle glandole endocrine e gravidanza*». Relatore: prof. GENTILI (Pisa).

2) «*Costituzioni organiche e malattie ginecologiche*». Relatore: prof. DECIO (Cagliari).

Prof. C. MICHELI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Piccole osteiti del cranio rivelabili con la radiografia.

André Léri e Paul Cottenot nella seduta del 14 marzo 1924 della *Société Médicale Hôpitaux* di Parigi mostrarono le proiezioni di alcune radiografie che rivelavano delle osteiti gommose molto limitate del cranio.

In un caso si trattava di crisi comiziali a carattere vagamente jacksoniano, con R. W. negativa. La radiografia, di faccia, mostrava, a destra della linea mediana, una specie di nodulo pisiforme leggermente opaco, a bordi sfumati, con usura del tavolato interno.

Il secondo caso, che aveva paresi a ripetizione dell'arto inferiore destro e R. W. leggermente positiva, immediatamente a sinistra della linea mediana presentava una impronta netta con usura del tavolato interno.

Gli altri due casi si riferivano a semplici parestesie a tipo monoplegico associato. Anche in essi la radiografia rivelava piccole alterazioni del tavolato interno.

Il trattamento antiluetico portò in tutti la guarigione clinica e la scomparsa dei piccoli segni radiologici. PERSIA.

Osteomi simmetrici dei mascellari superiori.

Lambert (*Archives médicales belges*, gennaio 1924) ha osservato il caso seguente. Una donna di 29 anni presenta, in corrispondenza dei solchi naso-genieni, due tumori emisferici quasi simmetrici; la pelle sopra di essi è normale e mobile. Il tumore del lato destro invade il margine orbitale inferiore; la consistenza è quella dell'osso. Vi è ostruzione completa delle fosse nasali, in quanto che il tumore, ricacciando il cornetto inferiore, arriva in contatto con il setto. Nulla di notevole nell'anamnesi. La malata si lamenta di cefalea quasi costante con torpore, tale che essa si addormenta anche al mattino; mentre sta compiendo un lavoro manuale. La respirazione nasale fu normale fino ai 12-13 anni, poi si ebbe ostruzione che non migliorò dopo l'asportazione di adenoidi. La donna è madre di tre figli sani; Wasserman negativa.

Si trovano in tale donna alcuni sintomi attribuibili ad ipertrofia dell'ipofisi. All'esame radiografico si nota lo sviluppo esagerato della fossa pituitaria; si ha glicosuria leggera (3 g. in 24 ore) senza poliuria, sensazione di fame e di sete esagerate. Trattasi di un soggetto piccolo (m. 1.52), dal tipo piuttosto infantile, con mani e piedi fini e raccorciati; peli rari alle ascelle ed al pube; riflessi un po' diminuiti, funzioni genitali regolari.

Il carattere simmetrico dell'affezione e la presenza dei sintomi accennati fa pensare che si tratti di un caso di acromegalia frusta.

I tumori vennero asportati, aprendo anche il seno mascellare destro; la loro durezza apparve alquanto minore di quella dell'osso normale. Le fosse nasali sono ora libere; il torpore e la cefalea sono scomparsi e la malata non accusa più alcun disturbo. La glicosuria persiste. Come medicamenti interni, l'A. si è limitato a prescrivere del Liquore arsenicale del Fowler. *fil.*

Aforismi sul trattamento della scoliosi.

La scoliosi rimane per lungo tempo una malattia indolora ed insidiosa, di modo che i genitori non molto attenti possono trovarsi dinanzi ad una scoliosi grave senza averla mai sospettata. Erroneo è poi secondo R. Ledent e C. Roederer (*Le Scalpel*, 9 febbraio 1924) il concetto che tutti abbiano un lato più forte che l'altro.

La scoliosi non è mai una malattia insignificante; il trattamento di essa è per davvero una rude battaglia di tutti i momenti contro un nemico perfido, che procede per attacchi che sembrano obbedire a leggi disordinate.

Non vi è alcuno stato generale, per cattivo che sia, che si opponga al trattamento antiscoliotico. Anzitutto si deve pensare a far cessare la causa, che può risiedere nel mestiere, nella cattiva posizione tenuta a scuola, in sport eccessivi e nocivi; si facciano operare gli adenoidei, si insegni a respirare razionalmente.

Non vi sono formole per il trattamento antiscoliotico; ogni caso va seguito e curato individualmente, passo passo, senza mai abbandonarlo, senza scoraggiarsi dei primi insuccessi.

Ogni ginnastica deve evitare la fatica; i movimenti utili sono quelli lenti, semplici e dolci. Per questo lo scoliotico non va affidato al maestro di ginnastica che deve occuparsi del ragazzo normale, mentre invece lo scoliotico è un malato e come tale va trattato dal medico. Nemmeno ci si deve affidare del tutto all'ortopedico, poichè il busto da solo non basta; esso poi va costruito in base alle minuziose prescrizioni del medico.

Evitare anche nella ginnastica la ripetizione a tutti i malati degli stessi consigli e movimenti, delle stesse prescrizioni e manovre; oc-

corre essere logici ed attenti, individualizzando i movimenti e risvegliando l'attenzione sonnecchiante.

Non si deve mai disperare di una scoliosi, fino a che resterà un poco di flessibilità si deve curare di riporre il bambino in centro. Se non si potrà correggere la curvatura, si può migliorare la statica generale, correggere uno spostamento dall'asse, modellare un torace e soprattutto rifare e conservare la salute.

fil.

Un metodo semplice per l'anestesia della mano.

Per insensibilizzare l'ulnare, se ne fa la ricerca all'altezza dell'art. radiocarpica in vicinanza del tendine del flessore ulnare del carpo.

Il mediano si ricerca all'altezza suddetta fra i tendini del lungo palmare e del flessore radiale del carpo.

Per il radiale occorre considerare l'anastomosi con il N. cutaneo antibrachiale laterale. L'A. a quattro dita trasverse sopra l'Art. radiocarpica cerca il tendine del muscolo brachioradiale. Punge fra il tendine ed il radio dal lato dorsale e, spinge l'ago fino a sentirne la punta sotto la cute del lato volare, inietta 5 cc. di soluzione di novocaina al 2 % e soprarenina, ritirando lentamente l'ago durante l'iniezione. In seguito inietta 3-5 cc. della stessa soluzione all'1 % nel sottocutaneo al di sopra del tendine medesimo per anestilizzare le fibre del nervo antibrachiale cutaneo laterale.

(*Klinger-Zentr. f. Chir.*, 1924, n. 5).

PERSIA.

Il trattamento degli ascessi.

J. P. Lockhart-Mummery (*Medical Review*, marzo 1924) ha adottato per gli ascessi ischiorettali il seguente metodo. Si apre l'ascesso con un'incisione a croce, lasciando defluire all'esterno il pus. Poi si asporta la pelle che forma la parete esterna dell'ascesso, lasciando una larga apertura di un pollice (cm. 2 e 1/2 circa) di diametro. Si medica a piatto con garza umida asettica, e si ricopre con *baudruche* in modo da impedire che i margini si appiccichino e da far sì che la garza rimanga sempre umida; la quantità deve essere tale da assorbire tutta la secrezione di 12 ore. Il paziente va tenuto più che sia possibile sul dorso, in modo da favorire la fuoriuscita del pus mediante la pressione. Alla medicazione si trova che la cavità ascessuale è scomparsa: al suo posto rimane solo un'ulcera piatta, che può impiegare 10-15 giorni a guarire, ma che non lascia mai fistola.

La cicatrice che ne risulta è del tutto piatta e molto piccola; l'importante è che l'apertura sia ampia e l'A. non ha esitato ad asportare 6 cmq. di cute.

Il metodo può essere applicato con successo al trattamento di ascessi in altre parti del corpo dove non siano controindicazioni estetiche, sicchè l'A. non usa più tubi di drenaggio, specialmente nell'ascesso della mammella, in cui la guarigione si ha con questo metodo in una quindicina di giorni.

fil.

IGIENE.

Il latte nella propagazione della scarlattina.

È noto da parecchie osservazioni epidemiologiche che il latte può rappresentare il veicolo della scarlattina, sia per malattia delle stesse mucche (nelle quali Power e Oerbishire hanno descritti particolari arrossamenti delle mucose del tutto simili a quelli della scarlattina umana), sia per inquinamento del latte dopo la mungitura, per mezzo di squame di convalescenti, di oggetti, di indumenti infetti. Abbastanza numerose sono le epidemie di scarlattina che si poterono riferire a latterie infette; una delle più interessanti è quella di Kopenhagen, dove nel luglio-agosto 1917 si ebbe una vera esplosione della malattia. Dei 236 malati dei primi giorni, 230 avevano usato il latte di una determinata latteria, in cui si riscontrarono, su 95 persone, 8 malati di scarlattina e 5 con angine senza esantema.

M. Gioseffi (*Riforma medica*, 24 marzo 1924) porta un altro contributo, studiando l'andamento epidemiologico della scarlattina a Trieste. Ivi, durante la guerra, la scarlattina aveva subìto una notevole diminuzione, tanto che nel 1916 si erano avuti solo due morti e nel 1917 nessuno. In tale periodo il latte era quasi del tutto scomparso dal mercato. In seguito si ritornò a fare uso abbondante di latte e ricomparve la scarlattina, in forma epidemica, tanto che nel primo semestre del 1923 si avevano 24 morti. I due fenomeni decorrono con un certo parallelismo e si possono ritenere interdipendenti. Al ripreso consumo del latte, occorre poi aggiungere un altro fatto, cioè la presenza di una popolazione infantile che non aveva subito l'inavvertita immunizzazione che si compie di solito nei grandi centri urbani.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Fisiopatologia delle tonsille.

M. Goerke (*Deutsche Med. Wochenscr.*, n. 5, 1924 rileva che nel faringe del neonato non esiste alcun accumulo di tessuto adenoide equivalente alle tonsille; tutta la mucosa è fornita di tessuto linfatico in modo uniforme nel suo strato subepiteliale. Solo più tardi, quando nel corso del primo anno di vita si manifesta la necessità di una speciale protezione contro al-

cune infezioni, si sviluppano degli accumuli circoscritti di tessuto linfatico in punti speciali, e tra questi specialmente al punto di inizio dell'apparato respiratorio e digerente. In casi in cui lo sviluppo di questi accumuli linfatici si compie in modo esagerato, si manifestano delle iperplasie le quali possono determinare disturbi locali (iperplasia delle tonsille). Col progredire dell'età si sviluppa una certa immunità di fronte a certe infezioni; la funzione degli accumuli linfoidi diventa così superflua per cui questi accumuli vanno incontro ad un processo regressivo (involuzione). L'involuzione delle tonsille si compie verso il sesto anno di vita oppure prima. Se il processo di involuzione subisce delle modificazioni patologiche (sia per alterazioni che sono avvenute nelle tonsille stesse, sia per condizioni discrasiche costituzionali) le tonsille da organo di difesa, diventano un organo dannoso per l'organismo.

Nelle tonsille in cui l'involuzione si compie in un modo difettoso, risiedono continuamente processi infiammatorii cronici, da cui possono originarsi frequenti, gravi, infezioni (sepsi, reumatismo articolare, endocardite lenta, neurite multipla, nefrite, ecc.). Per queste considerazioni non è opportuno estirpare le tonsille prima del periodo in cui avviene il processo involutivo; dopo il periodo involutivo invece è opportuno, in caso di indicazione, eseguire operazioni radicali, cioè la tonsillectomia.

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Concorso a medico condotto ferroviario. — All'abb. n. 8553-(1).

Un R. Decreto ha istituito nei centri ferroviarî con popolazione superiore a mille agenti le così dette condotte ferroviarie. Tali posti dovranno essere coperti per pubblico concorso. Finora tale concorso non è stato bandito per nessuna località, nè è dato prevedere quando il bando stesso sarà pubblicato.

L. P.

Al dott. E. B. da C.:

Il «Manuale tecnico di microscopia e batteriologia» di F. Abba (4ª ediz., in due volumi, 1923) è edito dalla Casa Lattes di Torino Genova.

T.

Al dott. R. S., da Catania:

Alle sue domande viene risposto a parte perchè la rubrica non si presta per dare indirizzi specifici che potrebbero essere sospetti di preferenza.

EUGENIO MILANI.

VARIA

Caffè o the?

Fisher e Firk (*Journ. A. M. A.*, 22 dic. 1923) ritengono che la maggiore efficienza fisica e mentale si raggiunge con l'astinenza completa da qualunque stimolante, alcool, tabacco, caffè, ecc. Ancora non sono completamente noti i danni della caffeina. Farmacologicamente l'azione del the e del caffè è proporzionale alla quantità di caffeina che contengono, onde non è giustificata una preferenza in base all'eventuale o presunto minor danno che uno dei due potrebbe arrecare.

R. D.

La tossina mestruale.

D. I. Macht e D. S. Lubin (*Journal of Pharmacology and esperimentat Therapeutics*, Baltimora, gennaio 1924, pag. 413-467) hanno dimostrato che il sangue (siero e globuli rossi), la saliva, il sudore delle donne mestruanti contengono una sostanza tossica, la quale può essere individuata sia per le azioni farmacodinamiche sugli animali di laboratorio, sia per le reazioni chimiche: la designano col nome di *menotossina*.

La menotossina è dimostrabile, in quantità varie, in quasi tutte le donne. Raggiunge il massimo durante il periodo premestruale, spesso immediatamente prima che inizi la mestruazione; si mantiene a un livello alto per qualche giorno; dopo si riduce e scompare. Le sue proprietà chimiche depongono per una parentela con l'*ossi-colesterina*.

Le ricerche diligenti dei due farmacologi americani confermano, in modo brillante, le credenze folkloristiche e le osservazioni empiriche sulla tossicità del sangue mestruo.

Credenze ed osservazioni del genere ricorrono nella letteratura medica classica. Erano state appoggiate anche, e con buoni argomenti, da biologi e da ginecologi di valore, in particolre dal Bossi.

(Da *La Clinica Ostetrica*).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

È necessaria la interpetrazione autentica dell'articolo 4 del R. D. 27 maggio 1923, circa i rimedi giuridici nei casi di dispensa dal servizio.

Segnalammo nel fasc. 23 di questa rivista la risoluzione inaspettata e gravissima della IV Sezione del Consiglio di Stato circa i ricorsi contro provvedimenti di dispensa dal servizio per effetto della revisione degli organici degli enti locali a norma dei decreti 27 maggio e 24 settembre 1923.

Rilevammo, fra altro, che la stessa IV Sezione ha pronunziato nel merito — superando, per ciò, la eccezione preliminare dell'ammessibilità — dei ricorsi contro deliberazioni di Commissari Regi e anche di Consigli Comunali o di Commissari prefettizi concernenti riforme di organico e conseguente riduzione e dispensa del personale, cioè contro deliberazioni soggette all'approvazione della Giunta Provinciale Amministrativa in sede di tutela, le quali perciò avrebbero dovuto essere denunziate prima con ricorso in sede gerarchica al Governo del Re, secondo la giurisprudenza che abbiamo censurato.

Da questo punto di vista risultava già un contrasto implicito fra le stesse decisioni della IV Sezione.

Ma possiamo ora aggiungere che il contrasto è netto ed esplicito. Con sentenza 25 aprile 1924, n. 168, la IV Sezione ha dichiarato che contro i provvedimenti di *riduzione di posti* e di conseguenti esoneri o dispensa dal servizio, a norma del R. D. 27 maggio 1923, numero 1177, è ammesso ricorso soltanto per legittimità alla IV Sezione del Consiglio di Stato o in via straordinaria al Re; la competenza della IV Sezione non può venir meno per il fatto che nel ricorso siano stati addotti anche motivi di merito che eventualmente avrebbero potuto essere oggetto di esame da parte della V Sezione, essendo ovvio che in tal caso la IV Sezione debba conoscere soltanto dei motivi di legittimità.

Dunque: si trattava di riduzione di posti, e precisamente di condotte mediche da due ad una, cioè di una riforma dell'organico per la assistenza medico-chirurgica, soggetta per tassativa disposizione di legge all'approvazione della G. P. A. in sede di tutela; e, in questo caso, è stato dichiarato esplicitamente ammessibile il ricorso alla IV Sezione, sicchè si è ritenuto che non si dovesse ricorrere prima in sede gerarchica.

E allora? Questa interpetrazione non è in aperto e insanabile contrasto con l'altra che risulta dalle sentenze citate nel fascicolo 23 e che considera inammessibile i ricorsi alla IV Sezione contro i provvedimenti di revisione degli organici e le conseguenti dispense dal servizio o riduzioni di stipendi perchè soggetti alla approvazione della G. P. A.?

Ma una cosa non è ammessibile in materia così delicata: la incertezza e la difformità delle risoluzioni.

Si consideri che si tratta di provvedimenti emanati dagli enti locali nell'esercizio di poteri discrezionali eccezionalissimi, insindacabili, per i quali non sono di ostacolo nemmeno i diritti quesiti, per i quali non è ammesso un sindacato di merito in sede giurisdizionale ed è appena consentito il rimedio del ricorso per incompetenza, violazione di legge ed eccesso di potere, cioè un semplice controllo di legittimità.

Si consideri che di questo potere si è fatto uso eccessivo e talvolta un vero e proprio abuso: per es., dalla decisione 25 aprile 1924, n. 168, risulta che era stata soppressa una delle due condotte ma erano stati dispensati tutti e due i medici titolari! La IV Sezione ha riparato ed ha annullato l'atto illegittimo dichiarando che il decreto autorizza le dispense nei limiti della riduzione dei posti stabiliti con i nuovi organici e che, pertanto, opera illegittimamente l'amministrazione che, avendo ridotta ad una sola le due condotte prima esistenti, licenzia i due titolari di esse.

Se il ricorso fosse stato dichiarato inammessibile, *secondo l'altra giurisprudenza*, la violazione del diritto dei medici sarebbe rimasta senza rimedio!

Questa situazione deve essere definita e presto, perchè frattanto ne risentono il danno grave professionisti e famiglie che vivono del lavoro e che, di fronte ad un grave potere discrezionale e insindacabile, non hanno nemmeno la sicurezza del tenue rimedio del ricorso di legittimità.

L'art. 4 del decreto sembra a noi chiaro; ma, poichè lo spirito bizantineggiante turba anche le situazioni giuridiche nette, è necessaria una interpetrazione autentica, prima che delle disquisizioni giuridiche e delle distinzioni sottili ed irreali subiscano il danno irreparabile tanti impiegati che chiedono giustizia e hanno diritto di sapere almeno con certezza a quale organo devono rivolgere il loro ricorso.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato dei medici condotti della provincia di Roma.

Si è adunata l'assemblea del direttorio del Sindacato provinciale medici condotti della provincia di Roma. Ciascun fiduciario fece una relazione sullo sviluppo raggiunto dalla sezione dipendente e sui nuovi impellenti problemi. Il segretario del direttorio dott. Trulli espose il programma dell'azione sindacale da svolgere presso tutti i Comuni e dette incarico ai fiduciari dottori Cenci e F. Bonifazi di redigere il nuovo capitolato tipo per la provincia di Roma sulle basi concordate dal Direttorio provinciale, e che verrà sottoposto all'approvazione dell'assemblea generale dei medici condotti, che avrà luogo nella seconda quindicina di giugno.

Venne approvata ad unanimità l'opera energica svolta dal segretario e da diversi membri del Direttorio per richiamare diverse amministrazioni all'obbedienza del decreto 30 dicembre 1923, n. 2889, e venne votato un voto di plauso per il valido aiuto portato in alcune delicate contingenze dal medico provinciale e dal segretario della Corporazione sanitaria prof. Fioretti.

Venne deciso infine, fino a quando non sarà approvato il nuovo capitolato tipo, di dare il più pronto aiuto a tutti i medici condotti iscritti al Sindacato.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(Continuazione; vedi fasc. 23).

	Lire
Dott. Borchi Onorato, Galluzzo	10
Dott. Borchi Augusto, id.	10
Prof. Stori Teodoro, id.	500
Dott.ssa Gardini Ines, id.	100
Prof. Frugoni Cesare, id.	50
Prof. Torrigiani Arturo, id.	50
Dott. Codeca Marcello, id.	150
Dott. Pietroni Pietro, Certaldo	25
Dott. Pozzolini Clemente, S. Miniato	20
Prof. D'Agata Giuseppe, Camerino	100
Cap. M. Iovi Giulio, Pistoia	80
Dott. Bozzi Giuseppe, id.	10
Dott. Nicolai Alfredo, id.	10
Dott. Periti Enrico, Firenze	25
Dott. Ardoino G. B., Bonassola	10
Dott. Ricci Angelo, Savona	10
Dott. Mariotti Zanobi, Galliano Mugello	20
Dott. Mosso Francesco, Genova	50
Prof. Gelli Gino, Firenze	50
Dott. Gagnoni Renato, Stia	15
Dott. Francalanci Edoardo Quiesa (Lucca)	25
Gen. M. Faralli Celestino, Firenze	150
T. Col. M. Tirelli Elio, Firenze	60
Dott. Andreini Alfredo, Lippiano	150
Ord. dei Medici Porto Maurizio	150
Prof. Varisco Azzo, Udine	100
Dott. Perrotta Pietro, Cerreto Guidi	100
Dott. Kirch Giulio, Firenze	50
Ass. Med. Circondario Pistoiese	100
Dott. Focacci Nicolò, Firenze	50
Prof. Montanelli Giovanni, id.	50
Prof. Guerra-Coppioli Luigi, Firenze	25

(Continua).

CONCORSI

Posti vacanti.

Alessandria. — Condotta suburbana (S. Michele); vedi fasc. 23. Scad. 30 giugno.

Bergamo. *Ospedale Maggiore.* — A tutto il 30 giugno; due assistenti per le Sezioni Medicina e Chirurgia e due per il Labor. di Anat. patol. e di Analisi cliniche; L. 4000 (*sic*) e inden. c.-v. (L. 2400 per i coniugati e L. 1981 per i celibi). Domande al Protocollo.

Cremona. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Un medico aggiunto; due chirurghi aggiunti; direttore del gabinetto di radiologia. Vedi fasc. 23.

Firenze. *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Due med.-chir. assistenti; età mass. 30 al 20 giu.; nom. e conferme biennali; L. 5000 oltre le indenn. c.-v. Scad. ore 18 del 20 giugno.

Foligno (*Perugia*). *Congregazione di Carità.* — Direttore medico primario dell'Ospedale San Giov. Batt. A tutto il 30 giu. Rivolgersi alla Segreteria. Età lim. 40. L. 6000 primariato e L. 3000 direzione; sessenni decimo. Serv. entro 30 giorni.

Fosdinovo (*Massa Carrara*). — 1ª zona; scad. 20 giugno. Vedi fasc. 23.

Nigoline (*Brescia*). — Consorzio. Ab. 2065 di cui 200 circa pov.; estens. kmq. 10; L. 7000 stip., L. 1000 mezzo trasp. senz'obbligo cavallo; L. 300 uff. san.; c.-v.; compless. L. 10,700. A tutto 30 giu.

Roccastrada (*Grosseto*). — Scad. 20 giu.; 5ª cond. med. (Montemassi); L. 9000.

Roncofreddo (*Forlì*). — A tutto 25 giu., 1ª condotta; vedi fasc. 20.

Sassoferrato (*Ancona*). — 1ª condotta; L. 8000 temporaneam. iniziali, L. 2400 trasp., c.-v. come impieg. comun. Età lim. 40. Scad. ore 15 del 28 giugno.

Specchia (*Lecce*). — Scad. 20 giu. L. 5000 (*sic*) iniziali per 1500 (*sic*) pov.; L. 5 addizionali.

Sperlinga (*Catania*). — Stip. L. 5000 (*sic*); per uff. san. L. 500; indennità provvista medicine lire 1500. Scad. 30 giug. Rivolgersi Segreteria comunale. Vaglia postale di L. 50, intestato al Tesoriere comunale.

Cercasi interino per la 2ª condotta di Palestrina alle seguenti condizioni: laurea da almeno 6 anni; assistentato per esame in un grande ospedale. Fra i documenti tener da conto prevalentemente quelli chirurgici. Stipendio L. 7000, più 2 c.-v. I poveri iscritti sono 300. Per gli abbienti visite ed operazioni a pagamento secondo la tariffa dell'Ordine dei Medici di Roma, diminuendo del 5 per cento.

Diffide.

Revoca di diffide: Rivà d'Ariano (Rovigo).

CONCORSI A PREMIO.

ROMA. *Reale Accademia dei Lincei.* — Due premi offerti dall'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale: uno dell'importo di L. 10.000 per un lavoro intorno alla patologia del cancro; l'altro dell'importo di L. 15.000 per un'opera d'igiene sociale (in rapporto all'efficienza, organizzazione e coordinazione delle istituzioni d'igiene, educazione, previdenza ed assistenza sociale nelle singole città italiane). Scad. 30 sett. 1926. Chiedere bando all'Accademia (via Lungara, palazzo Corsini) ovvero all'Istituto (via Minghetti 17, palazzo Sciarra).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

In esito al concorso per medici primari negli Ospedali Riuniti di Roma, ripetuto in seguito ad annullamento del concorso precedente, sono risultati i proff.: 1) Pontano Tommaso; 2) Alessandrini Paolo; 3) Antonelli Giovanni; 4) Pilotti Giovanni; 5) Ficacci Luigi; 6) Ciuffini Publio.

Rallegramenti cordiali ai valenti sanitarii, molti dei quali hanno superato due volte la difficile prova.

La R. Accademia dei Lincei ha assegnato il premio Santoro di L. 10,000 al prof. Gaetano Fichera della R. Università di Pavia per i suoi studi sui tumori. La Commisione era così composta: Grassi, Nasini, De Marchi, Majorana e Marchiafava relatore.

Esprimiamo il nostro compiacimento all'insigne studioso.

Il Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere ha conferito il premio di fondazione Cagnola, consistente in medaglia d'oro e assegno di L. 2500, al dott. Enrico Greppi di Milano, per la trattazione del tema «Sul ricambio emoglobinico in condizioni fisiologiche e patologiche». La commissione era formata dei proff. sen. C. Golgi, L. Devoto e S. Belfanti, relatore.

Il nuovo Consiglio Superiore di Sanità è stato costituito come appresso: Ascoli prof. Vittorio; Baduel prof. Cesare; Belloni dott. Ernesto; Campanella ing. Giuseppe; Casagrande prof. Oddo; Castiglione dott. Arturo; Di Vestea prof. Alfonso; Inghilleri avv. Calcedonio; Lanfranchi prof. Alessandro; Levi dott. Ettore; Maggiora prof. Arnaldo; Manfredi prof. Luigi; Marchiafava prof. Ettore; Morpurgo prof. Benedetto; Pellion prof. Vittorio; Quercia dott. Angelo; Sclavo prof. Achille; Valagussa prof. Francesco; Vivante prof. Raffaello. Quali rappresentanti degli Ordini dei sanitari del Regno sono stati chiamati a far parte del consesso: Vacino dott. Achille per gli Ordini dei medici; Torti dott. Ettore per gli Ordini dei veterinari; Chiaria Costantino per gli Ordini dei farmacisti.

Il prof. Pietro Canalis, della R. Università di Genova, medico provinciale a riposo, è nominato grande ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

Spagna e Italia.

Ci è pervenuto il seguente telegramma, datato da Madrid 7 giugno:

«Il Policlinico», via Sistina 14 - Roma.

Ocasion solemne entusiasta recibimiento Reyes Italia capital España «La Medicina Ibera» saluda en «Il Policlinico» medicos Nacion madre civilizacion latina. Doctor Coca, director».

Abbiamo così risposto:

«La Medicina Ibera», Lagasca 38 - Madrid.

Nome medici italiani giornale «Policlinico» ringrazia cordialmente «Medicina Ibera» interprete sentimenti affettuosi colleghi spagnuoli ed auspica Nazioni sorelle procedano unite vie avvenire. V. Ascoli».

Il Congresso italiano di Medicina del Lavoro.

Si è svolto negli scorsi giorni a Venezia, come avevamo annunziato. Speciale solennità ha assunto l'inaugurazione, che ebbe luogo il 1° giugno nella Sala Napoleone del Palazzo Reale, presenti il prefetto, il patriarca, il commissario straordinario e numerosissimi medici ed invitati.

Il Prefetto, nel porgere il saluto e l'adesione del Governo Nazionale, ha ricordato che fu Benito Mussolini a emanare la legge delle otto ore di lavoro. Il prof. Giordano ha porto il saluto del Comune di Venezia, città che lavora e produce come attestano il suo porto e le sue industrie. Hanno parlato poi il prof. Vitali, presidente del Comitato esecutivo, il prof. Devoto, il prof. Giglioli, per la Federazione Italiana degli Ordini dei Medici, il dott. Pasinetti per l'Ordine dei Medici di Venezia, il dott. Crotter di Vienna, il sig. Emo Cruciani per le Corporazioni sindacali fasciste, il dott. De Chantal per la Croce Rossa Italiana, il prof. Loriga in rappresentanza del Ministero dell'Economia Nazionale. Poi il Prefetto ha dichiarato aperto il Congresso. Il prof. Vitali ha letto le adesioni numerosissime.

Le relazioni e numerose comunicazioni hanno destato vivo interesse e sono state seguite da discussioni.

I lavori sono stati intramezzati da festeggiamenti, ricevimenti, gite.

Congresso polacco di pediatria.

È indetto a Poznan dal 23 al 25 giugno. Relazioni: Sifilide congenita e suo trattamento; L'immunità nell'infanzia; Basi scientifiche dell'igiene sociale dell'infanzia. Segretario generale: dott. M. Szenich, Maryia Magdaleny, 3, Poznan.

Le giornate mediche di Bruxelles.

La quarta sessione delle giornate mediche di Bruxelles si terrà dal 29 giugno al 2 luglio, sotto l'alto patronato dei Reali del Belgio. Come negli anni precedenti, esse aduneranno centinaia di pratici, che in tre giorni, col concorso di eminenti personalità mediche e scientifiche dei paesi alleati, verranno messi al corrente degli ultimissimi progressi compiuti nel campo della diagnostica e della

terapia in tutti i rami della medicina (internistica, chirurgia, specialità, igiene). Un'esposizione internazionale (la Germania eccettuata) avrà luogo nella sede del Congresso (palazzo d'Egmont). Per informazioni e iscrizioni rivolgersi al segretario generale dott. René Beckers, rue Archimède, 36 - Bruxelles.

Missione scientifica argentina in Italia.

Il 2 giugno è giunto a Genova, proveniente da Buenos Ayres, il piroscafo «Re Vittorio» con la missione scientifica inviata in Italia dal Governo argentino per studiare la profilassi della malaria e per seguire un corso di malariologia che sarà prossimamente tenuto a Roma.

La missione, composta di sette medici e di due ingegneri, è stata ricevuta dal ministro dell'Argentina dott. Perez, dal console generale argentino a Milano Etchepareborda, dal dott. Radogna, segretario generale della direzione di Sanità di Roma, che ha portato alla missione il saluto del sen. Marchiafava e dei suoi collaboratori, e da numerose personalità della colonia argentina.

La missione ha iniziato subito i suoi lavori; essa si è trattenuta a Genova due giorni ed è ripartita per Torino, Milano e le Facoltà di medicina di Pavia e Firenze, donde si recherà a Roma verso la metà del mese.

Intercambio colturale.

Invitato dalla «Société de Neurologie» di Parigi, il prof. Arturo Donaggio, dell'Università di Modena, ha tenuto nei primi dello scorso marzo una conferenza scientifica sui proprii ritrovati intorno alla struttura e alle modificazioni patologiche degli elementi nervosi. Erano presenti i più eminenti neurologi francesi. Il neurologo dell'Università di Parigi, prof. Guillalin, successo al Marie nella cattedra che fu già dello Charcot, volle che il Donaggio trattasse lo stesso argomento alla Clinica neurologica della Salpêtrière.

Le due conferenze furono illustrate con proiezioni e con dimostrazioni microscopiche. Il professore Guillain rilevò ai presenti l'importanza dei risultati a cui è pervenuto coi suoi studi il Donaggio.

Corso sulla tubercolosi.

L'Associazione medica e l'Istituto per le ricerche scientifiche di Davos hanno organizzato un 2° corso di vacanze sulla tubercolosi e la climatoterapia di altitudine, dal 17 al 24 agosto prossimi; le lezioni si terranno in francese e in tedesco.

Lotta contro la turbercolosi.

Il 29 maggio si è celebrata a Roma la «giornata della tubercolosi», per iniziativa del «Comitato romano antitubercolare» presieduto dal prof. V. Ascoli e di cui è segretario generale il prof. U. Mariotti, col patronato d'illustri rappresentanti della scienza e della filantropia. La cittadinanza di Roma vi ha partecipato largamente; il risultato finanziario è stato confortevole.

Nel VII centenario dell'Università di Napoli.

Celebrandosi il VII centenario dell'Ateneo partenopeo «*La Riforma Medica*» ha pubblicato uno splendido numero speciale su «L'Università e la Scuola medica napoletana», denso di materiale e sfarzosamente illustrato. Esso contiene 28 articoli di carattere storico, i quali giovano a ravvivare tradizioni ed a rievocare tutto un passato glorioso; le illustrazioni sono tutte artistiche, raggiungono il numero di 80. Un plauso cordiale alla nostra consorella per l'indovinatissima iniziativa.

Primo centenario della Società medica chirurgica di Bologna.

È stato celebrato con grande solennità il 23 e 24 maggio con adunanze scientifiche, nelle quali sono state fatte molte comunicazioni e il 25 maggio con una cerimonia commemorativa, svoltasi nell'aula magna dello storico Archiginnasio: oratore ufficiale di questa cerimonia fu il prof. Majocchi; a ciascun socio sono stati distribuiti un grande ed artistico volume commemorativo, rilegato, e una medaglia commemorativa.

L'avvenimento ha assunto importanza scientifica in virtù delle numerose e importanti comunicazioni, di cui daremo presto un resoconto, inviatoci dal nostro corrispondente.

Per il centenario dell'Accademia medico-fisica fiorentina.

In occasione del 1° centenario dell'Accademia medico-fisica fiorentina «*Lo Sperimentale*», organo dell'Accademia, pubblica un ricco fascicolo commemorativo che traccia le origini di essa ed espone le biografie di una ventina tra i più illustri scienziati che la onorarono. Il fascicolo comprende più di 200 pagine; vi hanno collaborato i professori Banti, Burci, Chiarugi, Coronedi, Gabbi, Rossi, ecc. Costituisce un degno complemento della celebrazione di cui demmo già notizia.

Le Assicurazioni Sociali nelle Nuove Provincie.

Il Governo si appresta ad affrontare in pieno la soluzione dei vasti problemi inerenti alla previdenza sociale ed a procedere alla necessaria unificazione delle diverse legislazioni esistenti nelle antiche e nelle nuove Provincie del Regno.

Nell'imminenza di tali provvedimenti, la Cassa Nazionale Infortuni, ha pubblico un volume di trecento pagine, riccamente illustrato, su «Le Assicurazioni Sociali nelle Nuove Provincie».

La Cassa Nazionale Infortuni, cui la legge affida la gestione dell'assicurazione contro gli infortuni in regime di esclusività nella Venezia Tridentina, si propone con questa speciale pubblicazione di presentare un quadro completo della legislazione sociale tuttora vigente nel Trentino e nella Venezia Giulia. Tale quadro è destinato a servire di documentazione storica di quanto l'Italia ha trovato e gestito nelle Nuove Provincie in attesa di una futura sapiente unificazione della legislazione sociale.

L'assicurazione contro gli infortuni, quella contro le malattie e l'assicurazione-pensioni degli impiegati privati sono esposte in capitoli sintetici ma completi ed uno speciale capitolo è dedicato alla legislazione di Fiume, che, essendo informata alla legislazione ungherese, differisce in qualche parte da quella austriaca.

Federazione Internazionale della stampa medica.

Per iniziativa dell'Associazione della Stampa Medica Francese si è costituita la Federazione Internazionale delle Associazioni della Stampa Medica. Finora hanno aderito i giornali belgi, canadesi e svizzeri.

La Presidenza dell'Associazione della stampa medica italiana ha rinviato la decisione al Consiglio Direttivo che si riunirà prossimamente.

Associazione della stampa medica francese.

Ha tenuto la sua assemblea generale il 23 febbraio, nei saloni dell'Hôtel Lutetia a Parigi, sotto la presidenza di Maurice Loeper, redattore-capo del «Progrès Médical». Dopo l'allocuzione presidenziale, il segretario generale, Pierra, direttore della «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», presentò la relazione sull'attività spiegata dall'associazione nel 1923; il tesoriere George Baillière lesse la relazione finanziaria, da cui emerse la prosperità attuale dell'associazione; infine si procedette all'elezione del Consiglio amministrativo.

Associazione spagnola della stampa medica.

Si è costituita ad iniziativa del dott. Coca, direttore de «La Medicina Ibera», secondato con impegno dal dott. Horno Alcorta, direttore di «Clinica y Laboratorio». Ha eletto a presidente il dott. C. M. Cortezo. Comprende i rappresentanti di 22 periodici.

Il Comitato di igiene della Società delle Nazioni.

Ha tenuto la sedute della seconda sessione dal 7 al 10 maggio. I rappresentanti per l'Italia erano Lutrario ed Ottolenghi. Fra gli argomenti più interessanti segnaliamo la *lotta contro la malaria* per cui si è stabilito di fare un'inchiesta nei paesi dove tale malattia infierisce e di inviare una Sottocommissione nei paesi di Europa. Questa visiterà la Jugoslavia, la Grecia, la Macedonia Serba, la Burgaria, la Rumania, l'Ucraina e la Russia. Al suo ritorno, dopo tre mesi, passerà per l'Italia, fermandosi a Roma per studiare i risultati. Lo scopo del viaggio non è quello di fornire consigli ai paesi interessati, ma di assumere informazioni sullo stato attuale della malattia. In Albania, è stato inviato il dott. Haigh per dirigervi durante sei mesi la lotta antimalarica. Per quanto riguarda il problema del chinino, si è nominato un Comitato di esperti, che esaminano il bisogno di chinino dei diversi paesi e ricercano il valore terapeutico dei diversi alcaloidi.

La *libera pratica dei porti*, proposta dal Governo olandese, non può per ora essere oggetto di una convenzione internazionale; si stanno però esaminando le possibilità di ridurre le formalità e di facilitare in ogni modo gli scambi.

Sulla questione dell'oppio, il Comitato ha deciso di fare una inchiesta per fissare la quantità che si potrebbe concedere ad ogni paese, quantità che sarebbe stata fissata in una prima inchiesta in 450 milligrammi di oppio bruto per abitante. Analogamente si fisseranno le quantità di cocaina. Il Comitato dovrà anche esprimere il suo parere sulla continuazione dell'uso dell'eroina nella pratica medica.

In vista dei vantaggi avutisi con lo *scambio del personale sanitario* fra i diversi paesi, si è stabilito di continuare tale pratica sistematicamente, aumentando in congrua misura il bilancio per il 1925.

Come *Ufficio epidemiologico dell'Estremo Oriente*, è stato scelto Singapore.

Monumento commemorativo di Murphy.

In occasione del Congresso annuale tenuto dai chirurghi nord-americani a Chicago, venne posta la prima pietra di un monumento destinato a perpetuare la memoria del celebre operatore John S. Murphy. Dinanzi a tre mila congressisti pronunziò un discorso d'occasione il dott. William J. Mayo di Rochester, il quale mise in rilievo il valore della vita umana e il compito sociale della chirurgia nel prolungarla e nel renderla più efficiente.

Un duello tra chirurghi a Parigi.

In seguito ad una vivace discussione in seno alla *Société de Chirurgie* di Parigi, provocata da questioni professionali inerenti alla riorganizzazione di alcuni servizi ospedalieri, i proff. Cunéo e Broca (jun.), della Facoltà medica, si sono insultati pubblicamente e non avendo voluto accedere ad una riconciliazione, sono addivenuti a un duello, il quale si è svolto nelle immediate vicinanze della città, senza gravi conseguenze per i due eminenti operatori.

È da avvertire che uno di essi conta 65 anni e da non molto tempo è guarito di una frattura al femore; l'altro è più giovane, 50 anni, ma di costituzione assai delicata e straordinariamente miope.

Un po' per i moventi, un po' per queste circostanze, il duello si è prestato ad elucubrazioni poco lusinghiere da parte della stampa quotidiana. Anche la stampa medica lo ha disapprovato. In questa circostanza si sono ricordati i numerosi duelli sostenuti da un altro chirurgo combattivo, Doyen. Si è rilevato da più parti che gli uomini di scienza, e specialmente i medici, non hanno diritto di esporre la loro vita, la quale appartiene all'umanità.

Il prof. Crile.

Il dott. W. Crile ha rinunziato alla cattedra di chirurgia nell'Università di Western Reserve (Cleveland) per consacrarsi interamente, a partire dal 1° luglio, alla direzione della sua Clinica privata.

Contro l'eroina.

Nel nord-America si è pronunziata un'attiva campagna contro l'eroina, considerata come un narcotico pericoloso. L'impiego di questo alcaloide è stato vietato nell'Esercito e nella Marina; negli ospedali se ne fa pure un impiego sempre più limitato; si discute di vietarne l'introduzione, la fabbricazione e il commercio in tutti gli Stati Uniti.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Évolution Méd.-Chir., apr. — L. Lematte. Farmacologia della remineralizzazione.

Tubercolosi, mar. — G. Angiulli. Le inalaz. nella cura d. tbc. polmonare.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 26 apr. — Cohnheim. L'enterismo.

Haematologica. — V. A. Adler. Leucemia promielocitica. — C. Boccadoro. Alterazione dei glob. rossi nella colemia. — VI. E. Greppi. Cellule del Kupffer e biligenesi.

Cultura Stomat., mag. — P. Boggio. La gangrena della polpa dentaria.

Bull. Sc. Med., mar.-apr. — P. Menzani. Fenomeni tossici da minime dosi di antipirina. — G. Cardi. Indicazioni della terapia marina della tbc.

Riv. Med. de Barcelona, apr. — F. Peyré. Malattie veneree non incluse nella sindrome classica «gono-cancroide-lue». — S. de Buen. La terapia quale mezzo profilattico nella lotta antimalarica.

Riv. Clin. Pediatr., mag. — F. Brusa. Epidemia di eritema infettivo. — V. Gamorani. Intradermoreazione con siero di cavallo (Busacca) nella tbc. dell'infanzia.

Diario Radiologico, mag.-giu. — N. V. Bedarida. Para-artropatie ed artropatie trofoneurotiche associate.

Biochim. e Terap. Sperim., 30 apr. — A. Scarpellini. Reaz. di flocculaz. ed ultra-microscopica nella sifilide mediante antigeni «naturalmente» colesterinati. — P. Barbieri. Reaz. nera (Buscaino) nelle orine dei dementi precoci.

Bull. Ac. de Méd., 22 apr. — A. Netter. Zona varicellosa.

Journ. Sc. Méd. Lille, 4 mag. — H. Billet. Anatomia chirurgica della porzione intracranica dell'art. meningea media.

Giorn. Med. Milit., 1 mag. — A. Lustig. Evoluz. della maschera contro i gas durante la guerra mondiale. — G. Grixoni. La carne congelata.

Arch. Antrop. Crim., ecc., mag.-giu. — B. Di Tullio. Epilessie organo-vegetative dei criminali.

Gaz. d. Hôp., 6 e 8 mag. — L. Bardonnein. Trattam. medico della paralisi infantile. — 10 mag. E. Azera. Il batteriofago di d'Herelle.

Brit. Journ. of Radiology, apr. — St. J. Dudley Buxton e R. Knon. La radiografia delle articolaz. normali: spalla.

Rev. Españ. de Med. y Cir., mag. — F. Soler y Garde. Le abitaz. militari dal punto di vista igienico.

Arch. Méd. Belges, mar. — R. Picqué. L'aviazione sanitaria. — De Monie. Radioterapia delle affez. tubercolari.

Giorn. It. Mal. Ven. e d. Pelle, apr. — Resoc. del XX Congr. della Soc. Ital. di Dermat. e Sifilogr.

Arch. Patol. e Clin. Med., apr. — L. Ferrannini. Sindromi ipofisarie. — L. Fontana. Globulina e albumina nella R. W. — F. Alzona. Spasmo delle vie biliari e genesi della bile bianca. — C. Barinetti. Calorimetria in clinica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 23 Giugno 1924 Fasc. 25

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI STUDI SUPERIORI E DI PERFEZIONAMENTO IN FIRENZE.
CLINICA DERMOSIFILOPATICA
diretta dal prof. CELSO PELLIZZARI.

Ricerca dell'eosinofilia nella scabbia

per il dott. TOMMASO VENTURI, assistente straordinario.

Pare che in America, più che in altri luoghi, lo studio della scabbia, dal punto di vista generale interno abbia interessato quasi quanto dal punto di vista cutaneo.

Nei loro scritti infatti si trovano, da circa cento anni, ricerche sulla presenza di albumina nelle urine in detti ammalati. Nel primo tempo pare ve la trovassero, finchè, ricercatori posteriori non l'attribuirono a reagenti speciali che erano stati adoperati per tale ricerca.

Dopo le urine, molto dopo però, nel 1909, per opera di Schamberg e Strikler fu preso in esame il sangue e l'attenzione si fermò sul comportamento degli eosinofili, che fu trovato alterato nel senso di una ipereosinofilia.

Si sa come gli eosinofili nel sangue siano fluttuanti, tanto da poter leggere cifre differenti date come normali.

Molte sono le malattie e le dermatosi che possono dare un aumento di eosinofili, e questo, specie in dermatologia, ha un valore maggiore, tanto che c'è stato chi nell'eosinofilia ha voluto trovare il segno patognomonico quale carattere differenziale per alcune dermatosi.

Per citare le medie massime ricorderò Türck che trovò il 14.33 % nella scarlattina; Goluboff il 18 % nell'asma bronchiale; Darier il 61 % nella lepra, e per ricordare la media più alta nominerò Loewit, che riscontrò l'80 % nella leucemia.

Maggiore interesse può avere con l'eosinófilia della scabbia, la così detta eosinofilia parassitaria, cioè da elmintiasi. Quasi ogni tipo di elminti dà l'eosinofilia dall'ascaris lumbricoides (16 %) col Bucklers, alla tenia (32 %) col Meyer.

Uguale interesse può avere quella del prurigo, in genere, per il quale da Canon si dànno le medie del 10 e dell'11 %.

Le ricerche, nella scabbia, non numerose, sono state ripetute un po' dapertutto, e, per quanto semplici, pure hanno lasciato adito ad ulteriori ricerche per risultati contradittori avuti.

Non ho creduto del tutto scevro d'interesse ricercare appunto l'eosinofilia nella scabbia poichè, riscontrandola costantemente e potendo dimostrare che essa dipende da uno stimolo meccanico esterno, quale il grattamento o per assorbimento diretto di tossine dell'aca-

ro, si potrebbe addivenire alla spiegazione della formazione degli eosinofili tanto dibattuta se di natura istiogena o mielogena.

Ne ho esaminato il sangue di centocinquanta. Gli strisci, li ho fatti prima di qualsiasi trattamento, pregando gli ammalati, che fossero tornati dopo 15 giorni dalla cura, appunto per vedere se differenza ci fosse durante la malattia ed a guarigione avvenuta.

Purtroppo però, quando gli ammalati stanno bene, non si fanno rivedere dal medico, per cui, dei 150, solamente 39 ho potuto riesaminare e naturalmente non tutti alla stessa distanza dalla fine della cura.

È inutile che aggiunga che la diagnosi di scabbia era sicura, anche per controllo microscopico, per quei casi non sufficientemente apprezzabili, al solo esame clinico.

Dò uno specchietto dei risultati che ho ottenuti: nella prima colonna è il numero degli eosinofili trovati; nella seconda, in quanti ammalati tale numero è stato riscontrato; nella terza, a quanti ammalati, su cento, si può trovare lo stesso numero; nella quarta, il tempo minimo e massimo da quanto erano ammalati, espresso in giorni.

Eosinofili %	Ammalati	Percentuale	Giorni min.-mass.
0	5	3.2	5-20
1	10	6.6	8-20
2	33	23.4	7-30
3	27	18	8-35
4	17	11.5	15-50
5	15	10	9-40
6	17	11.5	15-65
7	6	4	20-45
8	8	5.4	7-40
9	6	4	20-70
10	2	1.2	20-30
12	2	1.2	12-50

Totale ritorni = ecct. 150 e 100.

Come si vede dal suesposto specchietto pur non potendo negare una ipereosinofilia non si può concludere che essa debba proprio addebitarsi alla scabbia. Negli scabbiosi ho riscontrato, per cento, tanto zero eosinofili, quanto dodici; da ciò chiaramente risulta che l'acaro, dà per sè stesso od il prurito ed il conseguente grattamento che ne deriva, non sono, per questi casi almeno, gli agenti specifici dell'eosinofilia. È da notare ancora che la percentuale di questi termini estremi è molto bassa da: 3.2 % ad 1.2 %.

Percentuali piuttosto alte si riscontrano invece nelle medie che rispondono quasi alla norma, cioè da 2 a 3 eosinofili per cento, con una media massima del 23.4 % ed una minima del 18 %.

Una certa rispondenza invece ho trovato col tempo da quanto erano ammalati, per cui se è vero che in qualche caso sono bastati anche pochi giorni (12) per determinare (ammesso che sia la scabbia che li determini) 12 eosinofili per cento; nelle medie basse di 0, 1, 2.3 % non si sono oltrepassati i trentacinque giorni di malattia, mentre per le alte si arriva anche a 70 giorni.

Gli esami rifatti a cura espletata e guarigione sicura, per quanto non numerosi, pure, credo che dimostrino chiaramente, come questa non influisca affatto sull'eosinofilia, poichè nella massima parte dei casi (25) è rimasta inalterata, in confronto di pochi (4) nei quali è aumentata e dei rimanenti (10) nei quali è diminuita.

Concludendo quindi mi pare che, a parte quale possa essere il meccanismo di produzione dell'eosinofilia (o meccanico, per prurito o grattamento, o chimico biologico, meno probabile; per azione diretta dell'acaro) la scabbia non determina con costanza, nè come numero di casi, nè come percentuale, l'eosinofilia.

I risultati che ho avuto nei casi riesaminati portano a due ipotesi: o l'eosinofilia preesisteva alla scabbia, per cui cessata questa quella è rimasta inalterata, oppure l'eosinofilia determinata dalla scabbia dura a lungo oltre il male, per cui l'ammalato andrebbe saggiato a diverse scadenze.

Notando però l'incostanza dei rapporti fra scabbia ed eosinofilia tanto durante che dopo l'infezione si può forse pensare che questa sia piuttosto legata all'organismo stesso, per cui l'acaro od il grattamento non sono che lo stimolo accidentale per la sua determinazione.

LETTERATURA.

G. PISANI. *Sulla eosinofilia pleurica.* Haematologica, vol. II, fasc. II.

FAVRE. *L'adénie éosinophilique prurigène (Prurigo linfadenico di* DUBREUIHL). Annales de Dermat. et Syph., settembre 1918. G. I. 1918.

MOREL CHABANIER. *Eosinofilia nelle prostatiti.* Soc. Biol. Paris, vol. 74, pag. 948. G. I. 1915, pag. 345.

Contribuzione allo studio della reazione eosinofila istiogena cutanea. G. I. 1922, pag. 179.

Eosinofilia, suo valore dal punto di vista della diagnostica dermatologica. G. I. 1907, pagine 622.

Eosinofilia sanguigna nella malattia di Recklinghausen. Comp.-Rend. Soc. Biolog., 8 dicembre 1906, G. I. 1907, pag. 387.

Eosinofilie mieloidi. Société de Biologie, 24 febbraio 1906, G. I. 1906, pag. 470.
L'eosinofilia sanguigna e cutanea nella dermatite di Duhring e nel pemfigo. G. I. 1904, pag. 358.
Arch. of dermatologie and syphilif., vol. III, 1921.
Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 34, 1921.
H. LASSY. *La valeur de l'éosinophilie en dermatologie.* Revue de Médecine.
BAGNOLI. *L'eosinofilia nella scabbia.* G. I. 1923.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA
DIVISIONE CHIRURGICA II
Primario: Prof. D. GIORDANO.

Degl'interventi sul coledoco e sulla cistifellea per via lombare.

Dott. CARLO BERTONE, assistente.

La relativa facilità che vi è, di scambiare un'idrope vescicolare od una colecisti ingrossata, con parete tesa per la bile o il gran numero o la mole dei calcoli contenuti, con un rene d. cistico o con un tumore del rene stesso, giustifica la proposta avanzata or è quasi un trentennio da vari chirurghi, di intervenire per via lombare anche sulle vie biliari, allorchè si è incerti se una data lesione riguardi il rene o la vescichetta, oppure quando si hanno buone ragioni per ritenere che entrambi questi visceri sieno ammalati. In questi ultimi anni, a cagione dei perfezionamenti introdotti nei mezzi d'indagine clinica, e con l'aiuto dei raggi X, la diagnosi differenziale tra lesioni renali e lesioni colecistiche riescì assai più facile di quanto non fosse in precedenza; perciò i chirurghi furono sempre meno propensi ad impiegare la via lombare per intervenire sui dotti escretori della bile e sulla cistifellea, in considerazione delle difficoltà e dei pericoli ch'essa talvolta presenta. Alcuni anzi la esclusero del tutto dalla loro pratica. Così il Tuffier, in un primo tempo acceso sostenitore di questa via, che egli considerava utilissima per raggiungere la porzione retroduodenale del coledoco, non nutrì poi, col volger degli anni, lo stesso entusiasmo. Anche il Kehr scrive (1913) che nei casi in cui egli anzichè il rene trova la colecisti ammalata, non esita a chiudere la ferita lombare, e ad aprire dallo innanzi il peritoneo per asportare la vescichetta.

È adunque la via lombare del tutto da escludersi nella chirurgia delle vie biliari? O vi sono dei casi, sia pure molto rari, in cui essa può rendere qualche servigio? Noi ci proponiamo di recare un contributo alla risoluzione di questo quesito basandoci su dati anatomici e clinici, e sulla tecnica operatoria che abitualmente vediamo adottata dal Prof. D. Giordano.

***

La coledocotomia retroduodenale per via lombare, — rivolta a rimuovere un calcolo, od un ostacolo qualunque al fluir della bile che si trovi in questa porzione del coledoco —, fu studiata particolarmente dal Wiart, che ci lasciò in proposito i risultati d'accurate indagini anatomiche. Da queste emergono le seguenti norme di tecnica operatoria:

Essendo l'ammalato coricato sul fianco sinistro, nella posizione che gli si dà comunemente in chirurgia renale, si pratica una incisione diretta dalla 12ª costola d. (apice), alla spina iliaca anterior superiore d. Si va anzitutto alla ricerca del rene che si solleva e si sposta sotto il margine costale della ferita mantenendolo in questa posizione con una spatola ripiegata ad angolo retto. Si va alla ricerca della seconda porzione del duodeno e del pancreas che si spostano alquanto infuori, mentre all'interno, accollata alla colonna vertebrale, sta la vena cava. Osservando allora tra duodeno e testa del pancreas, si vedono alcune linfoghiandole, alcuni rami arteriovenosi ed un cordoncino biancastro che par uscir fuori dalla testa del pancreas. Questo è il coledoco: volendo, si può risalirlo per aggredire direttamente la colecisti che, con manovre molto prudenti, si riesce in taluni casi ad asportare senza aprire il peritoneo. Questa via, a cagione delle difficoltà di tecnica che presenta fu respinta dal Rutier, dal Villar e dal Dalla Rosa. Pasanisi ne enumera gli svantaggi ed i pericoli, richiamando l'attenzione dei chirurghi specialmente sul fatto che si viene a raggiungere il coledoco attraverso una apertura che pur essendo d'una certa ampiezza, è sempre insufficiente per la esplorazione completa di tutti i canali biliari extraepatici, specie se trattasi di persone con pannicolo adiposo e muscoli ben sviluppati.

Inoltre le manipolazioni sulla vena cava e sull'uretere mettono a repentaglio l'integrità di questi e costituiscono perciò un grave pericolo. Giustamente perciò il Pasanisi considera la ricerca del coledoco per via lombare più come uno studio anatomico che come un efficace mezzo di terapia chirurgica.

***

In soggetti magri si può talvolta asportare per via lombare una colecisti che, pel suo volume faccia sporgenza sotto la sierosa parie-

tale, e questa manovra riesce allora agevolmente senza che vi sien difficoltà di tecnica così notevoli come ne presenta la coledocotomia retroduodenale di cui abbiamo sopra detto.

A conferma di ciò noi citiamo brevemente la storia clinica di un'operata di colecistectomia per via lombare dal Prof. D. Giordano.

9289. V. Angelica, di anni 62, da Lonigo, casalinga. Entra in Divisione il 28 settembre 1919.

Due gravidanze a termine, con parto regolare. Nessun aborto. Operata a 39 anni di isterectomia vaginale per fibromiomi uterini multipli. Riferisce che pochi giorni dopo l'isterectomia in seguito ad insistenti sforzi di vomito era stata colta da un vivo dolore al fianco d. dove avvertì subito la discesa di un corpo che essa ritenne il rene. I dolori intensi scomparvero in breve, per lasciar posto ad altri più tollerabili, a sensazioni di peso e di trafittura all'ipocondrio d. che ricomparvero di quando in quando durante le marcie o le stazioni erette prolungate.

Da parecchi anni viene colta, a periodi di varia durata da febbre che non supera i 38°, senza brividi e senza speciali sofferenze. Fu curata con medicamenti interni, senza alcun vantaggio. Nei tre mesi precedenti il suo ingresso in Ospedale, si sono accentuati i disturbi dolorosi cui sopra si accennava, è ricomparsa la febbre, la paziente è diventata magra e pallida. Dal 20 settembre 1919 è però sfebbrata. Non fu mai itterica.

S. P. — Soggetto di costituzione gracile, nutrizione scadente, colorito pallido tipo nevropatico. Al momento della visita è apirettica. Negativo l'esame dei visceri toracici. Addome pianeggiante, trattabile ovunque, fuorchè all'ipocondrio d. dove palpasi una massa oblunga verso il basso, che arriva a livello dell'ombelicale trasversa, e che in alto si spinge sotto l'arcata costale, continuandosi con l'area epatica; detta massa ha una superficie liscia, dura, discretamente dolente, poco mobile e poco ballottabile dalla regione lombare.

Non si palpa il rene sinistro. Orine limpide, acide, d. 1010. Tracce di albume, glucosio assente. Urea 21.60 per mille.

Orina dei due reni ricavata col separatore vescicale del Luys: a destra: abbondante (50 cmc. in un'ora circa), limpida, colorata spiccatamente in bleu dieci minuti primi dopo la iniezione sottocutanea d'indacocarminio. Urea 6.40 per mille. Sedimento costituito da qualche cellula epiteliale vescicale, non pus, non cilindri, scarso detrito amorfo.

A sinistra si raccolgono solo 5 cmc. di orina torbidiccia, appena colorata; urea 9.70 per mille. Nel sedimento grande quantità di globuli rossi, scarsissimi cilindri ialini tappezzati da cellule grosse, frammenti di cilindri granulosi, non pus.

Si giudica trattarsi di nefrite sinistra con rene migrante d. e si decide l'intervento.

29 settembre. Morfio-scopolamino-eteronarcosi. Incisione lombare d. Il rene appare vagante, abbassato sin nella fossa iliaca e mobile sino alla colonna vertebrale.

Si palpa attraverso il peritoneo la colecisti enormemente ingrossata. Si pratica perciò una piccola apertura nel peritoneo parietale e si lussa fuori per questa una vescichetta biliare che è del volume di una grossa melanzana. La sua tensione non permette che sia afferrata con le pinze per cui si pratica una apertura nel fondo, dando esito ad un liquido color caffeano, contenente vecchi grumi cruorici.

Dopo di ciò è possibile afferrare la colecisti stessa, e distaccarla dal fegato, prepararla sin sul cistico, che viene legato previa legatura separata dei vasi cistici. La vescichetta viene asportata, il moncone cistico fissato con un punto di sutura all'angolo superiore dell'incisione peritoneale, che viene chiusa con due punti, lasciando solo un pertugio per il passaggio di uno zaffo di garza portato contro il moncone cistico.

Il rene vagante viene quindi preso, decorticato e fissato. La colecisti asportata contiene tre calcoli, del volume di un'avellana. Indi si espone, con incisione lombare sinistra il rene di questo lato. Esso pure è piccolo, mobilissimo, più piccolo ancora del destro, con una depressione apparentemente cicatriziale al polo superiore, nella superficie anteriore. Non si palpano calcoli. Anche su di esso si pratica la nefropessia. Si prende un frammento della corteccia in corrispondenza della depressione per l'esame istologico. Sutura, lasciando un piccolo zaffo al polo inferiore della ferita.

Proctoclisi con sol. fisiologica regolata in modo che si introducano nel retto circa 3 litri di liquido nelle 24 ore.

30 settembre. Condizioni generali gravi. Polso ipoteso, frequentissimo, lieve cianosi: iniezione endovenosa con un litro di sol. Schiassi. Iniezioni eccitanti.

1° ottobre. Vomito biliare: lavatura gastrica. Condizioni sempre gravi, orine scarse, torbide.

3 ottobre. Si rinnovano gli zaffi. Condizioni pressochè invariate.

5 ottobre. Si nota un lieve miglioramento. Orina un po' più abbondantemente.

7 ottobre. Si rimuove lo zaffo lasciato contro al moncone cistico. Ferita lombare destra suppurante all'estremo superiore. Guarigione per prima dal lato sinistro. Sono insorti fatti di bronchite catarrale diffusa.

1° novembre. I fatti bronchiali sono notevolmente diminuiti di intensità. Ferita lombare destra detersa, grandeggiante. Condizioni generali buone.

Esce dall'ospedale guarita il 16 dicembre 1919.

Esame istologico della parete colecistica: abolizione del piano ghiandolare che fu sostituito da un connettivo fibroso compatto o da un connettivo un po' lasso e ricco di nidi di cellule d'infiltrazione. Diagnosi: colecistite fibrosa cronica.

Nel frammento renale asportato si osserva qualche raro cilindro ialino nei tubuli contorti. Lieve nefrite parenchimatosa subacuta. Esame colturale della bile: negativo.

Trattavasi adunque in questo caso d'una donna già avanti negli anni, da molto tempo sofferente di dolori all'ipocondrio d. Non vi

erano però i segni ben evidenti d'una colecistite calcolosa. Si trovava bensì nell'anamnesi una febbricola intermittente di origine assai oscura, non traccie però di ittero, nè turbe gastriche o a carico del pancreas. Solo negli ultimi mesi precedenti il suo ingresso in Ospedale si era verificato un progressivo deperimento, che fu posto in relazione con le lesioni renali rivelate dal separatore vescicale del Luys. Poichè il corpo mobile che si palpava nel lombo destro appariva come il rene di questo lato, l'intervento prefisso era una decapsulazione renale bilaterale seguita da nefropessia. Invece, praticata l'incisione lombare d. il chirurgo trovò oltre che un rene ammalato e mobilissimo, anche una colecisti voluminosa, con pareti notevolmente distese. Per aggredire quest'ultimo viscere non fu necessario d'impiegare alcuna delle complicate manovre che son richieste dalla coledocotomia retroduodenale per via posteriore. La colecistectomia riuscì con una certa facilità. Per precauzione non si rinchiuse del tutto il cavo peritoneale: fissato il moncone del cistico all'angolo superiore della breccia peritoneale, attraverso questa, si condusse, sino a contatto del suddetto moncone un drenaggio in garza.

Questa manovra si dimostrò molto utile: nel periodo post-operatorio, che non fu dei più regolari, insorgeva là dove si stabilì il drenaggio una cospicua suppurazione dovuta con tutta probabilità ad un'infezione partita dal moncone del cistico, la quale a ventre del tutto chiuso avrebbe anche potuto determinare conseguenze gravissime. La coltura della bile rimase sterile. Di questo fatto, che si verifica con una certa frequenza, pur esistendo realmente un'infezione nella vescichetta biliare o nell'ambiente pericolecistico, noi ci siamo già occupati in un precedente lavoro ed a questo rimandiamo il lettore (1).

***

Consideriamo ora brevemente quali sieno gli inconvenienti e le deficienze della colecicistectomia per via lombare: Anzitutto l'esplorazione del coledoco, dell'epatico e dei visceri viciniori non può in nessun caso riuscire completa per questa via, nè dà dei risultati esatti quali si hanno allorchè si interviene aprendo il peritoneo dallo innanzi. Come si può, inoltre, attraverso una breccia praticata nel lombo destro provvedere a tutte le complicanze che possono presentarsi ad un chirurgo durante un intervento sulla cistifellea? Come comportarsi se esiste una fistola che unisca la vescichetta o il coledoco con un tratto qualsiasi del tubo enterico? E poichè, come dimostraron le ricerche recenti di numerosi Autori spesso lo stomaco è patologicamente solidale con le vie biliari (aderenze, turbe nella funzionalità, ulceri) sì che la gastroenteroanastomosi è, non di rado, il necessario complemento della colecistectomia, come si può, per via lombare esplorare con precisione tutto questo viscere, in modo che non esistano poi dubbi od incertezze sulle reali condizioni sue? Come curare le ptosi epatiche? E come farsi un esatto concetto sulle condizioni del pancreas, esplorandolo semplicemente da tergo? È noto con quanta frequenza le pancreatiti di grado più o meno accentuato, acute o croniche, accompagnino le lesioni vescicolari. Più di una volta è accaduto al prof. Giordano di dover aprire un ascesso del pancreas nel corso di un intervento sulla colecisti o di dover resecare una testa del pancreas ingrossata e indurita per un processo di fibrosi cronica.

Tutte queste considerazioni ci fan ritenere che la via lombare non debba essere in nessun caso preferita alla via addominale anteriore per intervenire sull'apparato biliare. Essa serve solo come mezzo di ripiego, in circostanze eccezionali, vale a dire quando, per un errore diagnostico si sia scambiata la colecistite con una lesione del rene d.; sempre che le manovre d'estrinsecazione della colecisti dal cavo peritoneale non riescan nè malagevoli nè complicate, e che si possa escludere del tutto, in base all'anamnesi ed a un accurato esame obbiettivo la possibilità di lesioni a carico di altri visceri del ventre ed in particolare dello stomaco e del pancreas. In tutti gli altri casi, è miglior cosa, condizioni di asepsi permettendolo, seguire la tecnica adottata dal Kehr, che non esita a rinchiudere la ferita lombare e ad intervenire sulla colecisti con uno dei tagli sulla parete anteriore dell'addome, che comunemente si usano in chirurgia delle vie biliari.

(1) « Il contenuto batterico della cistifellea infiammata messo in rapporto con alcune questioni di chirurgia delle vie biliari ». Rivista di Chirurgia, 1923, fasc. IV, ed. Cavalleri - Como.

BIBLIOGRAFIA.

GIORDANO D. *Chirurgia renale*. Ed. Unione tipografico editrice Torinese, a. 1898 (pag. 52).

DALLA ROSA. *La tecnica generale delle operazioni sulle vie biliari*. Rivista veneta di Scienze Mediche, a. 1900, vol. 33 (pag. 214).

PASANISI E. *Chirurgia delle vie biliari*. Unione tip. ed. Torinese, a. 1912 (pag. 296).

BORGHI M. *La litiasi biliare*. Milano, Tip. Sironi, a. 1921 (pag. 281).

MONOD e VANVERTS. *Trattato di tecnica operatoria*. Soc. editrice libraria, Milano, ed. 1906, vol. III, p. 6.

LEJARS F. *Cholecystectomie par voie lombaire.* Bull. e Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1898, vol. XXIV, p. 185.
REBOUL. *Cholecystite calc. suppurée. Cholecistostomie par voie lombaire.* Bull. e mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1895, vol. XXI, p. 398.
TUFFIER. *Choledocotomie par voie lombaire.* Bull. e Mém. de la Soc. de Chir., 1895, vol. XXI, p. 388.
KEHR H. *Chirurgie der Gallenwege.* Neue Deutsche Chir., vol. VIII, a. 1913.

Intorno ad un caso di litiasi biliare.

Dott. GINO NISI.

Il caso clinico che forma oggetto della presente pubblicazione, offre qualche interesse sia per la sua rarità; infatti la letteratura relativa è assai scarsa, sia per la strana sintomatologia con la quale si è presentato e si è svolto.

Trattasi di una donna: O. S., di 61 anno di età, coniugata, nove figli viventi e sani. Nulla sul gentilizio e nessun dato importante da rilevarsi dall'anamnesi remota della paziente. Mestruò a quattordici anni. I tributi mensili furono sempre regolari fino all'età di cinquantanove anni, periodo in cui ebbero il loro termine. Il soggetto dichiara di essere stato benissimo fino all'età di trentatrè anni. Attraversò in quell'epoca un periodo di disturbi gastrici, che, stando alle sue affermazioni, dovrebbero ritenersi quale esponente di una forma dispeptica di non grave entità.

Un anno circa prima degli eventi che formano oggetto della presente nota, l'ammalata cominciò ad avvertire diminuzione spiccata di appetito, senso di pesantezza e di dolore gravativo a tutto l'epigastrio, e all'ipocondrio destro, dove soprattutto nel punto di Flemming, la pressione riusciva assai dolorosa. Spesso pirosi e senso di nausea: talvolta vomito, che fu sempre rappresentato da residui alimentari. Lingua arida e impatinata, alvo stittico.

Tutto ciò autorizzava logicamente ad ammettere che ci dovevamo trovare di fronte ad un caso di calcolosi delle vie biliari, tanto più che negli ultimi tempi si era aggiunta anche una lieve tinta subitterica.

Nel frattempo però la donna andava sensibilmente deperendo, ed allora sia per questo nuovo stato di cose, che andava ogni giorno più intensificandosi, sia per i dolori ed il vomito che si facevano sempre più frequenti, fu deciso di fare internare l'ammalata in una Clinica, anche per stabilire se, oltre, o al di fuori di una calcolosi delle vie biliari, ci trovassimo di fronte ad un fatto neoplastico.

Nella Clinica fu sottoposta a diversi esami radiologici, senza che si riuscisse mai a stabilire la presenza di calcoli nelle vie biliari; mentre invece i reperti furono tali da far propendere i curanti per una forma neoplastica dello stomaco.

In tali condizioni la paziente fece ritorno alla propria abitazione nel settembre 1922. Nell'ottobre successivo fui chiamato d'urgenza presso l'ammalata, che era stata passiva di una gravissima enterorragia.

Trovai la donna pallidissima, con polso filiforme, in condizioni generali gravissime. Dato questo stato, senza dilungarmi per il momento a ricercare le cause di questa nuova sintomatologia, cercai di prodigarmi in un efficace e rapido pronto soccorso. Feci difatti collocare l'inferma in decubito dorsale, a testa bassa, praticai la fasciatura compressiva degli arti, somministrai eccitanti per via ipodermica e iniettai della gelatina allo scopo di favorire la coagulabilità del sangue. Mancando il necessario, date le disagiate condizioni del luogo, non potei in nessun modo per il momento praticare l'ipodermoclisi. Cercai quindi di immobilizzare l'intestino con riposo assoluto, con la nessuna ingestione di alimenti, e con somministrazione di oppiacei.

Le condizioni minacciose della paziente migliorarono in breve. A quanto riferì l'ammalata l'emorragia fu preceduta da dolori violentissimi estesi a tutta la regione dell'ipocondrio destro, accompagnati da conati di vomito.

Veniva ora il momento di ricercare le cause di una simile emorragia, che, molto probabilmente, doveva essere in relazione con le condizioni morbose, che già da tempo travagliavano la paziente.

Si sa che ogni emorragia intestinale deve la sua origine a lacerazioni dei vasi della parete dell'intestino e molti possono essere i fattori causali.

Può tratarsi di fatto meccanico, corpi estranei ingeriti, traumi esterni, masse stercoracee indurite o qualsiasi altro corpo (calcoli) duro o scabroso che venga a ledere la compagine intestinale. Può essere determinata da lesioni a carattere caustico per ingestione di sostanze tossiche. Può essere conseguenza di parassiti (anchilostoma duodenale), di speciali infezioni discrasiche (scorbuto, malaria). Può essere prodotta da emorroidi interne, tumori del retto, ed infine può essere esponente della serie delle ulcerazioni (ileotifo, dissenteria, tubercolosi, ulcera duodenale semplice).

Scartai *a priori* che la lesione avesse la sua origine in ingestione di sostanze caustiche o corpi estranei duri, bastando la sola anamnesi a delucidare questo punto. Anche la ipotesi che si potesse trattare di speciali infezioni discrasiche era senz'altro da eliminare, la donna non fu mai malarica nè affetta da scorbuto.

Continuando nella differenziazione delle cause non si trattava di soggetto emoroidiario e neppure affetto da anchilostomiasi. Quindi non rimaneva che ventilare l'ipotesi che si potesse trattare di una forma ulcerativa o di un corpo qualunque duro e scabroso che nato nell'intestino o altrove cercava la sua uscita.

Anche per le ulcerazioni era da scartarsi e la dissenteria e l'ileotifo e la tubercolosi.

Per esclusione quindi la diagnosi oscillava fra un'ulcera semplice duodenale od un'ulcerazione qualunque prodotta da un agente meccanico formatosi nell'intestino o altrove (calcolo).

Venendo a parlare dell'ulcera duodenale in genere, quale ne è la causa diretta?

Gli autori ce ne adducono numerose e sono in parte discordi fra loro. In ogni modo lasciando da parte le ulceri emboliche (del resto rarissime) e le trofiche e nervose, tutti possiamo ammettere che la causa principale dell'ulcerazione è una stasi prolungata alimentare nel bulbo duodenale, sia che si tratti di spasmo pilorico, sia che si tratti del così detto inginocchiamento dell'angolo superiore.

Ramond considera questi due fattori importantissimi per la formazione dell'ulcera. Dice che lo spasmo pilorico permette il più delle volte un passaggio di sorpresa del chimo dello stomaco verso il duodeno al principio dell'ingestione alimentare; poi passata la sorpresa lo spasmo si produce, e questa porzione del chimo, mancandole l'impulso della vis. a tergo per il fatto della chiusura prolungata del piloro, e non essendo d'altra parte considerevole da provocare peristaltismo duodenale, ristagna contro la valvola pilorica, vi crea una duodenite e poi un'ulcerazione, sopra tutto sul versante duodenale del piloro.

L'inginocchiamento è considerato da Ramond un fattore ancora più importante; esso, secondo l'autore, si effettua in seguito alla caduta del piloro e dello stomaco che fan trazione sul bulbo e lo piegano al suo punto di riflessione superiore. Stando le cose a questo punto, considerando la sintomatologia gastrica presentata dalla paziente, data la frequenza con la quale si presentano le ulceri duodenali, che secondo certi autori costituiscono la metà delle ulceri constatate, il dolore che talvolta l'inferma aveva accennato in mezzo alla linea ombelico-cistica, stando alla radiografia praticata, che dimostrava uno stomaco leggermente dilatato ed un bulbo duodenale ingrandito fortemente, si poteva concludere trattarsi di un'ulcera duodenale da ristagno.

Nonostante la cura sintomatica praticata e la dieta rigorosissima, tre giorni dopo d'urgenza fui richiamato perchè l'emorragia si era ripetuta. Per quanto questa seconda emorragia sia stata forte (non raggiunse però la importanza della prima volta) la donna si trovava in condizioni discrete; polso debole sì, ma sempre fornito di una certa vitalità; le condizioni generali non erano allarmanti.

Mi adoperai al solito a frenare l'emorragia ed esaminai il sangue emesso (circa un mezzo litro misto a scarse feccie). In mezzo ad esso trovai un corpo ovoide durissimo, del volume di una grossa noce, e potei constatare che si trattava di un calcolo biliare di natura colesterinica, che veniva ad un tratto ad illuminarci sulla vera causa dell'enterorragia. Si era dunque invero formata un'ulcerazione nell'intestino, ma di natura molto diversa a quella di una semplice ulcera duodenale.

La malata era stata portatrice di un calcolo, che per la sua forma e per la sua grandezza non poteva che essere annidato nella cistifellea. Successivamente e in conseguenza dell'irritazione prodotta dal calcolo, si erano stabiliti dei fatti di peritonite circoscritta ed avevano portato il saldamento della cistifellea ad un'ansa intestinale. Più tardi ancora il calcolo aveva determinato una necrosi da decubito, nella zona della cistifellea dove, provvidenzialmente per l'ammalata, si erano in precedenza stabilite delle aderenze con le anse intestinali.

Quest'ultimo fatto, se aveva impedito la caduta del calcolo nel cavo peritoneale con tutte le sue tragiche conseguenze, non aveva potuto evitare che nel tragitto della zona necrosatasi si trovasse un vaso: *deinde* l'enterorragia.

Intanto, attraverso la fistola cisto-euterica, la donna, senza alcun bisogno d'intervento era riuscita a liberarsi del suo pericoloso malanno; e dopo una degenza di circa quaranta giorni non interrotta da incidenti spiacevoli, poteva tornare ad alzarsi e, sempre migliorando, a riprendere lentamente le sue normali occupazioni.

È già ora trascorso più di un anno e non solo non ha più avuto disturbi e risentimenti del male subìto, ma trovasi in floridissime condizioni di salute.

Ed io ho voluto pubblicare questo caso, sia perchè gli esami, e mi riferisco sopra tutto a quello radioscopico, non hanno potuto in primo tempo (mentre invece possono essere addirittura preziosi in casi consimili) portare il peso della loro conferma ad una diagnosi che era stata intraveduta fin dal primo momento, sia per ricordare ancora una volta quanto possa essere provvida la natura anche nelle forme apparentemente più gravi. Nel mio caso credo che non vi possa essere alcun dubbio per ammettere che il calcolo si sia fatto direttamente strada all'esterno attraverso un'ansa intestinale.

Già da Wirchow e da Fiedler si è fatto osservare che bisogna ammettere la perforazione intestinale ogni volta che calcoli di una notevole grandezza penetrano nell'intestino e sono evacuati, giacchè sembra essere appena

credibile che calcoli grossi come una noce ed anche più (a parere di altri autori) possano aprirsi un cammino attraverso le strette vie biliari rimaste intatte.

Questi calcoli a grandi dimensioni, secondo gli autori su accennati, passano attraverso fistole lentamente formatesi; come deve essere infatti accaduto nel caso che ho creduto doveroso rendere di pubblicazione.

Casale di Pari.

NOTE PREVENTIVE.

Sulla flocculazione.

Nota del dott. Rinaldo Marchesini
libero docente nella R. Università di Roma.

Oggi si considera dai più l'anafilassi come un fenomeno di *flocculazione* per rottura dell'equilibrio colloidale degli umori del corpo, equilibrio che verrebbe a perdersi per cause traumatiche, o tossiche o infettive.

Questo equilibrio perduto produrrebbe lo *choc* che non è altro che l'insieme di reazioni chimiche ed ematologiche prodottosi bruscamente nell'animale con una sintomatologia allarmante di brivido, di dispnea, di cianosi, di vomito, di diarrea, di caduta rapida della pressione sanguigna ed in molti casi di morte fulminea.

Ciò però che più di tutto appare di importanza in questo squilibrio colloidale è la sindrome ematologica che Widal ha chiamato *colloidoclasia* o *emaclasia* e sulla quale noi essenzialmente abbiamo rivolta la nostra attenzione, seguendo l'azione del siero di cavallo su conigli nella sua funzione emostatica in genere (per cui oggi viene adoperato in clinica), e nella possibile produzione dello choc anafilattico.

Avremmo così potuto constatare che l'iniezione di siero di cavallo nei conigli produrrebbe in primo un semplice perturbamento dei colloidi ematici, facilitando una enorme fuoriuscita di piastrine, in seguito a distruzione delle emazie labili (choc cellulare Capaczewski).

Questa piastrinosi richiamerebbe ancora enorme numero di cellule leucocitarie, fra cui alcune (clasmatociti?) che con la loro pronta plasticità servirebbero a trattenere e raggruppare le piastrine; finchè disfacendosi esse stesse concorrerebbero nell'insieme allo sviluppo di fibronofermento (trombina), che col fibronogeno del plasma costituirebbero il fenomeno della coagulazione, nei vasi colpiti di emorragia.

Questo fatto, che rappresenta una vera flocculazione, spiegherebbe anche i fenomeni anafilattici che possono intervenire, più o meno appariscenti a seconda dei distretti colpiti.

Il prodursi di questa flocculazione potrà avvenire per scariche elettriche (Copaczewski, Pesci); per azioni chimiche (Richet); per cause fermentative (Friedberger), ecc.; ma essa deve riguardarsi essenzialmente dovuta ad *alterazione dei colloidi cellulari e conseguente loro distruzione.*

Cosicchè lo *choc mortale* avverrebbe solo quando, oltre i globuli del sangue, vengano colpiti gli endoteli vascolari, specie quelli del cuore (come risulterebbe dalle nostre esperienze), che così mobilitati causerebbero per embolia la morte istantanea dell'animale.

DISCUSSIONI E POLEMICHE.

L'ereditarietà nelle malattie cardio-vascolari.

Io debbo solo poche parole al collega Galli per chiudere la nostra discussione; giacchè il suo commento mi dà perfettamente ragione e fornisce perfino la prova di come tre miei lavori sullo stesso argomento — tra cui uno assai ampio e credo esauriente — sieno stati da lui una volta condensati in dieci parole (articoli e preposizioni compresi) ed un'altra volta completamente soppressi, tanto da indurre Sanvitale nel convincimento che solo Galli avesse notato la ereditarietà sulle malattie di cuore ed al rilievo de « la ritrosìa dei medici ad ammettere generalmente l'ereditarietà nelle malattie della circolazione », parole che il Galli sa che sono di Sanvitale e quindi inutilmente dichiara di non avere mai scritte.

Ed il primo a deplorare questo è stato proprio Galli scrivendomi nel 1920, a proposito delle mie pubblicazioni: « Peccato non le conoscessi prima: ne avrei fatto utile uso. Sarà per una prossima volta ». Queste non sono espressioni di banale cortesia, come ora il Galli vorrebbe farle passare, ma sono leale autentico riconoscimento di un torto; ed io ora non so se credere a Galli quando dice e dimostra di sapere o quando dice e dimostra di non sapere.

E soltanto per dar l'impressione di un po' di ragione anche per lui il Galli, dopo di avere curiosamente portato la discussione di priorità tra Lancisi e me anzi che tra lui e me, sposta poco abilmente — giacchè questo è il più discreditato omai tra gli artifizî di polemica — la discussione, ed esce a parlare della profilassi e della cura delle malattie della circolazione, quale è attuata in America da oltre un decennio, ciò che è completamente fuori del campo in cui discutiamo, lamentando poi che io confondo « due fatti ben distinti, e cioè lo studio dell'ereditarietà colla profilassi delle cardiopatie ».

Ma questo gli doveva servire per lagnarsi che in una semplice nota polemica, a proposito dei rilievi sulla *ereditarietà delle malattie cardio-vascolari*, io, alla indicazione bibliografica di un suo lavoro, non strettamente attinente all'argomento, non abbia aggiunto il titolo *intorno alla profilassi delle malattie ereditarie di cuore e dei vasi!* E poi egli, che mette di fronte le due storie bibliografiche sull'argomento — la sua integrale del 1906 e la mia del 1924 stroncata naturalmente di tutta quella parte che non gli avrebbe potuto più far concludere che i *due brani sembrano ricalcati l'uno* (il mio) *sull'altro* (il suo) —, ripetutamente e ad alte grida protesta che gli ho mozzato il titolo di un altro lavoro stroncandone «la seconda metà e la più importante», la quale invece non solo non avrebbe attinenza con l'argomento e non avrebbe alcuna importanza perchè l'ereditarietà delle cardiopatie è nell'esercito come nella vita civile, ma non esiste addirittura nel lavoro di Galli come ognuno può vedere a pagina 65 del «Policlinico» Sez. pratica del 1920.

Potrei così riaffermare che i lavori di Galli sono meglio conosciuti e ricordati da me anzi che da lui stesso, e confermare quindi la mia diagnosi di *sfortunata amnesia* per difendere amichevolmente la sua buona reputazione. Ma non stiamo, per caso e per colpa non mia, arrivando a delle piccinerie indegne del giornale che ne ospita, dei suoi lettori e un po' anche di noi?

E allora definitivamente: basta!

Prof. LUIGI FERRANNINI
incaricato per le Malattie professionali
nella R. Università di Napoli.

***

In risposta:

Se il lettore si compiace di rivedere nel fascicolo 17 il mio commento all'articolo del prof. Ferrannini, comparso nel fasc. 12 di questo giornale, vi trova la documentazione obiettiva, sulla base di brani non «stroncati», ma esattamente trascritti, chè il F. ha sollevato, in sostanza, una semplice questione personale.

Ci tengo a ripetere (e il mio biglietto al F. che egli riporta una seconda volta, e che minaccia di diventare un documento di Stato, ne è anche una prova) a ripetere cioè che quando io scrissi i miei lavori sull'ereditarietà e sulla profilassi delle malattie della circolazione, era ben lontana da me ogni idea di far torto a chichessia degli autori — morti o viventi — che si erano occupati dell'argomento, e dei quali ne ho citato una ventina, tra cui Rummo e Ferrannini, e Ferrannini solo.

Mi ha dunque stupito, e forse anche qualche lettore, che il F. alla distanza di 4, dico quattro anni, e senza motivo o ragione alcuna da parte mia, venisse fuori con un articolo, tanto singolare di «compatimento», di «amnesia», con dettami letterari, lì per lì trasgrediti dallo stesso predicatore, e coll'affermazione, perchè non ho ricitato lui in un secondo lavoro, ciò essere «un malefatto scientifico in quanto fa il buio artificialmente là dove vorrebbe portare un po' di luce».

Ma che vuole da me il F.?

Egli ha preso un'occasione qualunque per uscir fuori col suo fatto personale. Che c'entro io col Sanvitale? Questi, dopo 4 anni dal mio ultimo lavoro, ha pubblicato un contributo casistico all'ereditarietà cardiaca, che io non avevo letto prima che il F. mi vi attirasse sopra l'attenzione. Questi espone nel suo articolo del fasc. 12 le cose, come se io avessi collaborato col Sanvitale, e testualmente egli incomincia il suo scritto così: «È poi proprio vera la ritrosia dei medici ad ammettere generalmente l'ereditarietà nelle malattie della circolazione» come *ostinatamente scrivono* Giovanni Galli e Sanvitale?».

Lo strano si è ora, che nella soprastante replica il F. dice: «il Galli sa che dette parole sono di Sanvitale e quindi inutilmente dichiara di non averle mai scritte». Inutilmente? No, perchè era necessario correggere un'affermazione inesatta del F. e mostrare l'insussistenza della possibile insinuazione.

Che il Sanvitale sia poi stato indotto nel convincimento, come vuole il F., sulla base del mio lavoro del 20, avere io solo osservato l'ereditarietà delle malattie cardio-vascolari, mi sembra anche forte. Il Sanvitale non è — io penso — così digiuno di letteratura, da non sapere che la questione dell'ereditarietà cardiaca è vecchia di secoli. A parte poi il fatto che nel mio lavoro del 20, io richiamavo il mio precedente del '06 dove vi è la letteratura, nello stesso lavoro del '20 facevo — *en passant* — il nome di 7 remoti autori (Morgagni, ecc.) che avevano visto il rapporto ereditario in cardiologia. Come può dunque di nuovo affermare il F. nella soprastante replica, che «solo il Galli avesse notato l'ereditarietà delle malattie di cuore?».

Se io avessi saputo che il F. ci tiene a lunghe e ripetute citazioni, l'avrei accontentato volentieri. Questa discussione ha rimediato in qualche modo al «malefatto». Le migliaia di lettori del «Policlinico» sanno oramai che anche il F. ha portato un contributo

allo studio dell'ereditarietà cardiaca, un ottimo contributo certamente, ma parziale poichè riguarda le stenosi mitraliche congenite. E dico parziale, poichè l'ereditarietà cardio-vasale abbraccia altri gruppi più vasti, e cioè quello assai attuale dell'arteriosclerosi ereditaria, isolato da Huchard col termine espressivo di *aortismo ereditario*, e i gruppi, non meno importanti, da me denominati *miocardismo e endocardismo ereditario.*

Nella soprastante replica il F. dice anche che io ho «condensato i suoi lavori in 10 parole, articoli e preposizioni compresi»; ma l'egregio collega non deve dimenticare che nella stessa storia bibliografica io fui succinto anche con gli altri, fra cui il mio maestro Baccelli, che vi figura con undici parole. Nè avevo finora fatto il calcolo delle citazioni, numerando le parole! Se si vuole poi essere completi, deve il F. inoltre considerare che nello stesso lavoro io lo cito con Rummo, in maniera assai più diffusa che non per tutti gli altri, come il lettore può facilmente vedere nel fasc. 17.

Avrei ancora altre cose a dire in risposta al F., ma esse stanno in parte nel mio commento del fasc. 17, nè vale oramai la pena di fare un commento del commento. Il rumore è già stato troppo: *much ado about nothing!*

Ciò che può soddisfare in questa discussione, e che dovrebbe appagare anche il F., si è il pratico e utile richiamo fatto sulla ereditarietà e sulla profilassi delle malattie della circolazione.

Prof. GIOVANNI GALLI (Lecco).

SUNTI E RASSEGNE.

UROLOGIA.

L'enervazione del rene.

(LEGUEU e FRANDRIN. *Presse Médicale*, 29 agosto 1923, n. 69, pag. 741).

Dopo aver ricordato le molteplici ricerche sperimentali sull'argomento di Ambard Fluoresco, Morel e Carrel, l'A. si fa tre domande:

1) L'enervazione del rene è possibile anatomicamente?

2) È fisiologicamente permessa?

3) È praticamente utile?

Per quanto si riferisce alla prima domanda fa rilevare come il plesso renale risulti costituito di tre parti. Al disopra dell'arteria, a livello dell'arteria, al disotto dell'arteria.

Al disopra dell'arteria è costituita da cordoni afferenti con direzione obliqua in basso e in fuori, isolati, o riuniti in tronchi più voluminosi.

A livello dell'arteria, il plesso è formato da anastomosi che aderiscono intimamente all'arteria e alle sue branche terminali, essendo inclusi nella guaina fibrosa periarteriosa. I nervi seguono l'arteria nelle sue divisioni e penetrano nel seno dell'ilo, sempre mantenendo dei rapporti intimi con i rami terminali dell'arteria. Spesso si riscontrano dei gangli. Al disotto dell'arteria vi è la zona di connessione del plesso. I due plessi renali, destro e sinistro, presentano delle anastomosi col plesso mesenterico superiore. Le connessioni del plesso renale con il nervo spermatico od utero ovarico sono frequenti ma di difficile dissezione. Finalmente esistono dei rapporti diretti fra il plesso renale e il plesso mesenterico inferiore corrispondente.

Condizione necessaria e indispensabile per praticare bene l'intervento è il potere esteriorizzare il rene in modo da scoprirne il peduncolo: la perinefrite, gli interventi anteriori e, specialmente le pessie possono rappresentare delle gravi difficoltà. Quando il rene sia scoperto, liberato dalle sue aderenze ed esteriorizzato viene lussato in avanti in modo da esporre bene la sua faccia posteriore Si vedono allora sul bordo superiore dell'arteria dei filamenti biancastri fibrosi, che sono appunto i nervi del peduncolo i quali vengono lacerati per mezzo di uno stiletto speciale, smusso, con la punta ricurva, aprendo così la guaina periarteriosa. L'arteria viene spostata per mezzo di un filo di catgut e reclinata in basso, scoprendo così la vena e i nervi peduncolari anteriori che vengono alla loro volta lacerati. Viene quindi fissato il rene. Non si lascia drenaggio.

Le ricerche di Papin e di Ambard hanno dimostrato che non esiste alcuna modificazione apprezzabile della diuresi dopo la innervazione e così anche secondo le ricerche di Legueu e Flandren e si manterrebbe normale o leggermente modificata.

Per quanto si riferisce alla efficacia delle innervazioni sui dolori renali e le loro irradiazioni gli AA. fanno rilevare come allo stato normale la sensibilità si può considerare quasi nulla, mentre invece il bacinetto è sede di accentuata sensibilità. Infatti tutte le dilatazioni del bacinetto determinano reazioni dolorose molto intense e così, pure in condizioni patologiche, per esempio nella tubercolosi e nel cancro, si hanno dei dolori quando il processo morboso determini la ritenzione del bacinetto, secondaria all'ostruzione brusca dei due ureteri. Nel rene mobile, le crisi dolorose sono dovute sia alla distensione passeggera del bacinetto, sia agli stiramenti dei nervi del peduncolo.

Per quanto si riferisce alla praticità dell'intervento la statistica degli AA. si riferisce a 8 malati di cui due donne e sei uomini: 7 volte l'enervazione fu unilaterale, una sola volta fu necessario praticarla da tutti e due i lati. In tutti gli operati si ottenne la completa, costante, definitiva scomparsa dei dolori. Riassumendo l'enervazione trova la sua indicazione in tutte le piccole ritenzioni renali asettiche sia unilaterali che bilaterali. Riuscirà molto utile nelle pessie per rene mobile doloroso e in tutte le nefralgie a patogenesi oscura.

Finalmente tale intervento rappresenterà una preziosa risorsa per far scomparire i dolori dovuti all'evoluzione di una idronefrosi in un rene unico o tale divenuto dopo una nefrectomia.

T. LAURENTI.

Studio comparativo delle alterazioni circolatorie nell'idronefrosi, nella tubercolosi renale e nel rene policistico.

(HINMAN-MORISON. *The Journal of Ur.*, feb. 1924).

Gli AA. hanno studiato radiologicamente dei reni provenienti dalla camera incisoria e da quella operatoria, nelle arterie dei quali avevano iniettato con una speciale tecnica una sospensione di solfato di bario in gelatina. Trattano dapprima del modo di dividersi delle arterie nel rene normale: l'arteria renale si divide in 3 o 4 rami principali dai quali partono le arterie interlobari, da queste traggono origine le aa. arciformi dalle quali si dipartono verso la corteccia le aa. interlobulari e verso la pelvi le arterie rette.

Nell'idronefrosi sperimentali provocate nel coniglio con l'allacciatura dell'uretere, si osserva che le arterie si fanno in primo tempo tortuose e poi scompaiono. Queste alterazioni si avverano prima nella midollare e poi nella sostanza corticale. Cioè l'atrofia procede con la compressione causata dal dilatarsi della pelvi.

Dallo studio di reni idronefrotici dell'uomo gli AA. si sono formati il concetto che la pressione esercitata dalla stasi orinosa sull'apice delle piramidi si trasmette alla corteccia e i vasi retti e interlobulari divengono tortuosi. I glomeruli della cortex corticis appaiono compressi, mentre quelli della zona cortico midollare ingrossati. In seguito per l'ingrandimento dei calici si hanno alterazioni delle arterie interlobari e arciformi che prima si assottigliano e poi si obliterano. È piuttosto per effetto della distensione che della compressione che si originano queste lesioni. Da esse viene prodotta una anemia della sostanza corticale che favorisce il rammollimento e la distensione come aveva dimostrato Kornitzer.

Nella tubercolosi con formazione di caverne si osservano ancora le alterazioni descritte sopra a causa del concomitante allargamento della pelvi e dei calici. A queste lesioni si aggiungono quelle prodotte dalle trombosi vasali che si hanno intorno ai focolai tubercolari del parenchima.

Scarsa è l'esperienza degli AA. col rene policistico. Si ha in generale in questi casi una compressione di tutti i rami arteriosi, ma i primi a risentire l'effetto dello sviluppo delle cisti sono le arterie interlobulari. Gli AA. presentano il lavoro come una nota preventiva e ritengono necessari ulteriori studi, già in corso, per trarre delle sicure conclusioni.

M. ASCOLI.

L'anestesia regionale in chirurgia renale.

(DUVERGEY. *Rev. de Chir.*, n. 7, 1923).

L'A. si limita ad esporre la sua esperienza relativa alla anestesia regionale lombo renale, che fin dal 1920 ha praticato mediante iniezioni paravertebrali o splanchiniche d'una soluzione di novocaina al 1/2 % adrenalinica.

Per ottenere *l'anestesia paravertebrale* anestesizza gli ultimi 5-6 nervi intercostali e primi due lombari, mediante punture eseguite con ago di 7-9 cm. a livello delle apofisi spinose che vanno dalla VII dorsale alla II lombare, lungo una linea distante dalla mediana centimetri 3 1/2 nel dorso e cm. 3 nei lombi.

L'ago spinto orizzontalmente in avanti batte a 4-5 cm. di profondità contro la costola nel dorso contro l'apofisi trasversa nei lombi; si fa passare sotto nel primo caso, sopra nel secon-

do, e un centimetro avanti si iniettano 10 cmc. d'anestetico con limitati movimenti di va e vieni. Per togliere la sensibilità cutanea iniettа sotto cute lungo la linea paravertebrale lo stesso anestetico.

L'A. ha usato questo metodo in 17 casi, praticando 4 nefrectomie per tbc. e 13 decapsulazioni e nefrotomie in anurici molto gravi.

In un sol caso ha avuto insuccesso, a cui ha rimediato con inalazione di Kéléne.

Sono considerati come inconvenienti di questo metodo:

La perdita del tempo necessario per praticare le iniezioni e per attenderne gli effetti, ma con l'esercizio le iniezioni si praticano rapidamente e la limitata perdita di tempo in genere è compensata dai notevoli vantaggi del metodo.

Gli insuccessi, che sono da riferirsi a difetto di tecnica, ma questi si riducono al minimo usando basso titolo e grande quantità di soluzione anestetica.

Il dolore delle iniezioni, il quale non è grave e si può evitare anestetizzando la cute come fa l'A.

La tossicità del farmaco, che bisogna temere quando si usa la cocaina, ma adoperando la novocaina al titolo del 1/2 % si può iniettare fino a 80 cmc. e più senza alcun inconveniente.

L'introduzione di liquido nelle vene si può evitare aspirando prima di iniettare.

L'introduzione di liquido nelle pleure è innocuo. Se avviene l'infermo ha qualche colpo di tosse e basta ritirare di poco l'ago per rimediare.

Vantaggi sono: la *tranquillità* dell'operatore sugli effetti immediati e lontani dell'anestesia.

La nessuna perturbazione della *funzione renale* in qualunque stato essa si trovi.

Una *durata dell'anestesia* di 2 ore sufficiente per qualunque operazione.

La *facoltà di poter operare l'infermo* in condizioni gravissime e a sedere, posizione molto utile nei dispnoici.

Ha eseguito l'*anestesia splancnica* con la tecnica indicata da Pauchet: Infissione dell'ago sul margine inferiore della XII costola a 7 cm. a destra, 4 cm. a sinistra, dalla linea mediana. Con un'inclinazione di 45° sul piano medio del corpo passando sotto la XII costola si spinge prima in alto e oltrepassato di 1 cm. il margine inferiore della XI costola si iniettano 10 cmc. d'anestetico.

Poi si ritira l'ago fino a sentire il margine inferiore della XII costola e spingendolo orizzontalmente fino a 1 cm. avanti di esso si iniettano altri 10 cmc. di anestetico.

Poi approfondendo l'ago con angolo di 45° per 7-8 cm. si urta contro le vertebre, si sposta la punta in avanti fino a sfiorarne il corpo e ad iniettare 1 cm. più profondamente, 20 cmc. di anestetico.

Su 6 pazienti: In 4 ha avuto anestesia completa (1 nefrectomia e 3 nefrotomie per anuria) in 2 insuccesso (2 nefrotomie per nefrite).

Questa anestesia *d'applicazione facile* è generalmente *innocua*, poichè la punzione dei grossi vasi, secondo parecchi autori, non ha conseguenze e può evitarsi aspirando prima di iniettare.

Solo Heller *lamenta un caso di morte* per iniezione nella capsula surrenale.

Il più *grave inconveniente* è di non esser sicuri della riuscita, perciò occorre perfezionare la tecnica.

Dal punto di vista della garanzia del successo fin'oggi è preferibile l'anestesia paravertebrale alla splancnica.

Controindicazioni al metodo si ha solo nei nevropatici e nei bambini. In tutti gli altri infermi è consigliabile e a maggior ragione nelle condizioni più gravi (cachettici, vecchi, arteriosclerotici, polmonari gravi, cardiaci, epatici, anurici con azotemia alta, ecc.).

È un prezioso mezzo quando per dispnea grave si è costretti ad operare l'infermo seduto.

Quindi in base alla sua esperienza l'A. è persuaso a continuare l'uso di questa anestesia e a consigliarla specialmente nei malati gravi circa i quali permette di estendere l'indicazione operatoria fino al limite estremo.

S. GUSSIO.

Sulla guarigione delle ferite del bacinetto renale.

(GIOVANNI GIULIANI. *Annali Italiani di Chirurgia*, fasc. IV, 1923).

Ricorda che nella calcolosi renale si è manifestata chiaramente la tendenza a sostituire la pielolitotomia alla nefrolitotomia e ciò per gli inconvenienti che questa presenta, tra cui le emorragie immediate o tardive, le necrosi del parenchima renale e le eventuali fistole, specialmente nei casi infetti.

La pielolitotomia eviterebbe tutto ciò, nè secondo i più, lascerebbe fistole anche non suturando l'incisione dopo l'estrazione del calcolo, come consigliano alcuni.

Il Giuliani ha eseguito una breve serie di esperienze per studiare istologicamente il processo di guarigione spontanea delle ferite della pelvi renale.

Tecnica: Gli animali (cani) venivano operati in narcosi morfio-eterea. Incisione sotto

la 12ª costa, parallela alla colonna vertebrale a 3 dita da essa, lunga 12-15 cm.

Esteriorizzato il rene e isolato il peduncolo renale accuratamente, veniva praticata una incisione longitudinale sulla faccia posteriore della pelvi, fino alla sostanza renale.

Rimesso a posto il rene senza suturare la pelvi nè lasciare drenaggio, si suturava a strati la parete lombare.

Quindi, in tempi diversi per ciascun animale, si asportava il rene operato con parte dell'uretere e si procedeva all'esame istologico del pezzo.

Da questi esami risulta:

1) una incisione completa della parete della pelvi renale, seguita da nefrectomia dopo tre giorni, è ancora pervia e sui bordi della ferita si notano i primi segni di un'attività riparatrice da parte degli elementi connettivali dello strato più esterno.

2) In altri casi, praticata la nefrectomia dopo 7 giorni dalla pielotomia, la ferita del bacinetto si presenta completamente zaffata dal tessuto cellulo-adiposo circostante, che aderisce ai bordi della ferita e si mostra in preda ad un processo di trasformazione fibrosa. Nella parete della pelvi si notano fatti di rigenerazione non solo nell'avventizia, ma anche nel connettivo sottomucoso, mentre lo strato muscolare non mostra reazione proliferativa.

3) Nefrectomia in 11ª giornata dalla pielotomia. L'incisione pelvica è chiusa da un tessuto connettivo di neoformazione dovuto specialmente al tessuto adiposo dell'ilo renale. L'epitelio della mucosa non ha ancora colmato la ferita.

Lo strato muscolare rimane interrotto.

4) In quindicesima giornata la ferita pielotomica è chiusa da tessuto cicatriziale è rivestita internamente di epitelio, lo strato muscolare è sempre interrotto.

Da ciò si vede che i primi fatti rigenerativi si osservano a carico dello strato esterno della pelvi, seguito da quello sottomucoso. Ma nel frattempo il tessuto adiposo dell'ilo tende a tappare la ferita e concorre alla formazione della cicatrice.

Questo dimostrerebbe l'importanza e l'utilità del metodo seguito da alcuni di eseguire plastiche di grasso perirenale attorno all'incisione pielotomica, sempre però nei casi asettici.

Ma in ogni modo le incisioni pielotomiche tendono a guarire senza sutura e senza lasciare, in genere, fistole renali.

Sulla rapidità di chiusura della lesione influisce beneficamente il cambiamento di posizione del paziente, passando dal decubito supino, alla posizione semiseduta e poi eretta.

Perciò Marion consiglia di far alzare molto precocemente gli operati in modo che l'urina defluisca più facilmente attraverso l'uretere e la ferita sia messa in relativo riposo.

Ma il consiglio può essere pericoloso in altro senso. Per eseguire la pielotomia è necessario denudare il rene della capsula adiposa, la pelvi e un tratto dell'uretere, che successivamente si fissano per le aderenze che si formano durante il processo di guarigione. Fare alzare troppo presto il malato, prima cioè che si riformino le aderenze, può produrre un abbassamento del rene, aderenze tra esso e l'uretere, inginocchiamenti di questo e conseguente possibile idronefrosi.

Perciò è bene attendere almeno 8 giorni prima di fare alzare il malato, ritardando forse di qualche tempo la guarigione, ma evitando altre complicazioni.

G. CIAPRINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

A. MURRI. *Pensieri e Precetti.* — Prezzo L. 10. Editore Zanichelli. - Bologna.

La vasta produzione libraria di Augusto Murri è una miniera ricchissima di pensieri profondi, di precetti utili. L'aver scelti e raccolti in un libro quelli più scintillanti e preziosi è stata opera veramente encomiabile, e si deve essere grati ai proff. Gnudi e Vedrani che si sono sobbarcati a questa fatica.

Sarebbe difficile dire se nel Murri abbia soverchiato lo scienziato o il maestro. Certo è che nelle sue lezioni come nei suoi scritti più che sforzarsi d'infarcire la mente dei suoi uditori e lettori di notizie ed ipotesi, egli ha insistito nell'insegnamento del rilievo dei fatti e nella educazione del ragionamento.

Il libro, che ora l'editore Zanichelli ha preparato con la consueta sobria eleganza, costituisce il testamento della ricchezza dottrinale e didattica che il grande clinico ha accumulata durante la sua carriera. *Dr.*

A. E. D'ANGELO. *L'esame funzionale del cuore.* Tip. Calogero, Sciarrino. L. 12.

Ancora un lavoro analitico e clinico sull'esame funzionale del cuore. Analisi lunga di una serie di metodi di cui nessuno risolve il problema; indagine sperimentale sugli ammalati che porta l'A. alla conclusione onesta che lo studio funzionale del cuore deve considerarsi come questione insoluta. Ma lo studio dell'A. si svolge piano e potrà essere utile a quei medici che desiderano sulla vessata questione una ottima rivista dei lavori moderni.

T. PONTANO.

GROSSI E. *I riflessi oculo-cardiaci provocati e loro valore diagnostico.* Barabino e Graeve, Genova, 1923.

Tutto l'insieme delle modificazioni indotte nel ritmo e nel volume del cuore dalla eccitazione dei nervi che presiedono alla regolazione della sua attività, è stato ampiamente trattato dall'A. che ha riunito in questo magnifico volume tale importantissimo capitolo della funzionalità cardiaca.

L'A. infatti dopo aver riassunto brevemente ed efficacemente tutte le moderne cognizioni sull'anatomia e sulla fisiopatologia del cuore e dei sistemi vegetativi, passa ad enumerare e a classificare tutti i riflessi cardiaci provocati, descrivendo ognuno di essi e corredandolo di vasta bibliografia e critica, apportando, cioè, all'argomento un importante contributo di osservazioni personali.

Il volume è anche dotato di numerose grafiche e radiografie, nonchè di una bibliografia completa sull'argomento. A. POZZI.

CARNOT, HARVIER, FRIEDEL, LARDENNOIS. *Le colites.* Baillière et Fils, éd., Paris. Fr. 8.

Ottima idea quella di tenere un corso di studio sul gruppo delle coliti, e di riassumerle in pochi capitoli brevi e chiari per coloro che al corso direttamente non hanno potuto partecipare. Le coliti costituiscono sempre uno dei punti meno chiari, anche nelle opere moderne e voluminose di medicina.

Dopo una rivista fisiopatologica generale sulle sindromi colitiche (disturbi di transito colico e di elaborazione) cui segue l'esposizione clinica, le coliti sono considerate per quanto è possibile, dal punto di vista etiologico: progressi considerevoli nelle conoscenze sul valore parassitario di protozoi e di germi permettono di considerare il lato causale delle sindromi, l'unico veramente utile al malato. Un capitolo dedicato alle coliti criptogenetiche mostra ancora l'insufficienza delle nostre conoscenze.

Il volumetto è chiaro e si legge con molto interesse. T. PONTANO.

C. GALASSI. *Forme morbose favorenti o contrastanti l'insorgenza della tubercolosi polmonare.* Tipografia cooperativa, Pavia.

I problemi inerenti alla infezione tubercolare riguardanti la capacità favorente o contrastante delle forme morbose sull'insorgenza e sull'evoluzione dell'infezione tubercolare nell'uomo, sono di capitale importanza nella clinica e nell'igiene sociale. I mezzi per risolvere problemi di tanta importanza non sono purtroppo ancora adeguati; nessuna meraviglia quindi se per alcuni problemi esistono opinioni del tutto contrarie. L'opera del Galassi è rivolta a raccogliere in modo breve e sintetico quanto di essenziale e più accettabile esiste nella letteratura medica di tutti i paesi: a chi pensi alla enorme mole di produzione scientifica il lavoro apparirà assai faticoso e non facile. L'A. tratta il problema della patogenesi dell'infezione tubercolare e prende le mosse dalle moderne conoscenze sulla prima infezione tubercolare di Ranke per dimostrare quanto l'infezione tubercolare stessa specialmente della prima infanzia influisce sull'insorgenza e sullo sviluppo dell'infezione. Passa poi in rivista nei rispetti della tubercolosi, le principali malattie, dalle infettive alle neoplastiche, dalle endocrine alle nervose, dalle malattie dell'apparato cardiovascolare a quelle del ricambio. Campo troppo vasto anche per una sintetica e breve rivista. Ma è ammirevole il senso di misura e la capacità selezionativa dell'A., sì che il libro che egli presenta è un libro utile, di facile lettura, non eccessivamente infarcito di cifre e di astruserie. L'edizione è accurata; una ricca bibliografia chiude il volume. T. PONTANO.

WERNER SIEMENS. *Die Zwillingspathologie.* Editore Springer, Berlino.

È un riassunto, corredato di osservazioni personali, di tutti gli studi finora pubblicati sulla patologia dei gemelli.

L'A. discute e dimostra la importanza di queste ricerche che, per ovvie ragioni, hanno nello studio della trasmissione dei caratteri patologici un valore per lo meno altrettanto significativo che quelle sulla patologia familiare.

a. a.

T. R. PARSONS. *Fundamentals of Bio-Chemistry in Relation to Human Physiology.* W. Heffer e Sons L. T. D., Cambridge, 1923.

In questo libro, sebbene di piccola mole, l'A. ha saputo riassumere le principali e più recenti cognizioni intorno ai vari problemi della Biochimica. Accanto ai numerosi dati di chimica riguardanti i costituenti più importanti dell'organismo e le trasformazioni che essi subiscono, il concetto fondamentale dell'A. si svolge intorno alla fisiologia del metabolismo animale.

Dopo i principali argomenti: proteine, carboidrati e grassi trattati con ampiezza proporzionale all'importanza di essi, appaiono molto opportune le nozioni, sebbene elementari, sui fermenti e la loro attività, sulle vitamine, sulle sintesi protettive, sui pigmenti, sui gas respiratori e sulla chimica-fisica applicata alla biologia.

Infine tutto il libro costituisce una guida preziosa di facile consultazione per gli studiosi che si dedicano a questa interessante disciplina.

MARINO.

S. FAZZINI. *Carattere e sessualità.* Prezzo L. 15. Libreria di Scienze Moderne, Roma.

L'A. affronta in questo lavoro molteplici problemi di sessuologia. Dalla definizione del tipo normale maschile e femminile passa alla descrizione dei tipi anomali, ossia dei maschi-femmine e delle femmine-maschi. Espone le presumibili ragioni di queste deviazioni ed indica le norme consigliabili per evitarle.

La impostazione del libro può approvarsi, ma lo svolgimento appare farraginoso e in più punti discutibile. *dr.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Il Convegno internazionale per lo studio demografico del cancro.

Dal 14 al 18 maggio ebbe luogo, presso la Direzione Generale della Sanità pubblica, al Ministero dell'Interno, un Convegno internazionale per lo studio demografico del cancro, promosso dal Comitato d'igiene della Società delle Nazioni.

Questo studio, avendo di mira la questione sociale del cancro, è diretto ad indagare quale sia la portata reale della diffusione attuale della malattia e quali circostanze favorevoli essa trovi nello ambiente sociale, paragonando a questo effetto le diverse condizioni di vita in vari Paesi per trarne, come possibile, un orientamento di più adeguata propaganda e di profilassi. Onde, mentre ferve da pertutto l'indagine scientifica e il nostro Paese vi partecipa con molti ed assai apprezzati contributi, scientifici, clinici e terapeutici, giunge pure opportuna questa inchiesta demografica a larga base, la cui importanza è avvalorata dalla comparazione internazionale.

Vi parteciparono, per designazione del Comitato di igiene suindicato, l'Italia, l'Inghilterra e l'Olanda i cui rappresentanti tecnici sono intervenuti al Convegno di Roma per intendersi sull'indirizzo da seguire nell'inchiesta statistica e sulla elaborazione dei dati fin qui raccolti.

L'Inghilterra è stata rappresentata dai dottori Greenvood, Edge e Lane Claypon del Ministero della Sanità Pubblica, essendo impedito sir dr. Buchanan, direttore generale della Sanità dell'Impero che presiede la delegazione inglese; l'Olanda dal dr. Jitta, presidente del Consiglio Superiore di igiene e dal prof. dott. Vries, direttore dell'Istituto di anatomia patologica della R. Università di Amsterdam; l'Italia dal dott. Lutrario, direttore generale della Sanità pubblica, dai proff. sen. Pestalozza e Fichera e dai dottori Giardina e Massone, ispettori generali di sanità per la parte sanitaria; dal comm. Aschieri, direttore generale della statistica e dal prof. Niceforo, titolare di statistica all'Università di Napoli per la parte statistica.

La sezione di igiene della Società delle Nazioni ha partecipato direttamente alle adunanze per mezzo del dott. Rajchman direttore medico e del dott. Eichel addetto ai servizi statistici sanitari.

***

Le tre delegazioni hanno rispettivamente presentato alla discussione i risultati delle indagini fin qui compiute nei rispettivi paesi, sia attraverso la revisione accurata delle denunzie e delle cause di morte, sia per mezzo degli appositi questionari clinici distribuiti nei più importanti ospedali. E l'Italia vi ha degnamente figurato perchè il complesso lavoro di investigazione statistica e clinica è stato bene coordinato con indirizzo adeguato: onde la relazione riassuntiva che ne ha fatto, nella prima adunanza del Comitato, il dott. Lutrario ha riscosso il plauso unanime delle rappresentanze estere.

***

Nelle successive adunanze il Comitato si è da prima intrattenuto sulla statistica demografica. Hanno riferito per l'Italia il comm. Aschieri, per l'Inghilterra il dott. Greenvood e per l'Olanda il dott. Jitta, esibendo, ciascuno per il suo Paese, molte e complesse tavole statistiche in cui la mortalità per cancro viene considerata in rapporto collo stato civile, col sesso, con l'età e con la professione dei colpiti, nonchè con la sede organica del male.

A questo proposito in Inghilterra e in Olanda, l'indagine statistica si è più specialmente fermata sui casi di cancro dell'utero e delle mammelle che formano oggetto di una prima comparazione internazionale, come quelli che, essendo facilmente accessibili, dànno luogo ad un minor numero di errori diagnostici, mentre nei tre Paesi presentano caratteristiche diverse nei riguardi della mortalità In Italia, invece, pur seguendo lo stesso indirizzo per i casi di cancro dell'utero e delle mammelle ai fini della comparazione internazionale, si è creduto opportuno estendere, sin da ora, l'esame al cancro di qualunque sede, sia perchè la ricerca possa servire a controllare le statistiche ufficiali che già si possiedono e che il dott. Lutrario espose in una sua elaborata relazione pubblicata nel bollettino mensile dell'Ufficio internazionale di igiene di Parigi (luglio 1923), sia per esaminare meglio il complesso fenomeno patologico, nei vari suoi aspetti, e corrispondere così al vivo interesse che tale studio ha destato in questi ultimi tempi nei riguardi scientifici e sociali.

Ne è seguita una importante discussione, alla quale hanno preso parte tutti i convenuti e più specialmente gli statistici, ed infine si sono presi accordi di massima sui metodi di elaborazione da adottare ed è stata nominata all'uopo una Commissione per l'ulteriore coordinamento del lavoro, nelle persone dei proff. Niceforo per l'Italia, Greenvood per l'Inghilterra e Methorst per l'Olanda.

***

Per l'inchiesta ospitaliera hanno riferito il professore Giardina per l'Italia, il dott. Lane Claypon per l'Inghilterra e il dott. Jitta per l'Olanda.

Anche in questo lavoro la nostra Direzione Generale della Sanità pubblica non ha voluto fermarsi alle due sole manifestazioni di cancro (utero e mammella) che formano oggetto di questa prima comparazione internazionale ritenendo che l'indagine ospitaliera debba avere presso di noi una importanza speciale allo scopo di meglio definire le diverse caratteristiche, di intensità e di diffusione, che la malattia presenta nelle varie regioni. E le Delegazioni estere hanno apprezzato molto l'indirizzo dato al lavoro di indagine sia per la parte retrospettiva che si riferisce al triennio 1919-20-21, sia per la parte prospettiva che riguarda l'anno corrente e gli anni avvenire. Onde confidiamo che i nostri sanitari, rendendosi conto della importanza della finalità cui mira la inchiesta, vorranno cooperarvi con la necessaria cura e diligenza, senza lasciarsi trascinare da quel senso di scetticismo che, purtroppo, presso di noi contrasta la buona volontà di fare e spesso rende vane le investigazioni sociali a larga base, che pur sono di così alto interesse per la medicina sociale.

***

La Commissione internazionale ha integrato le sue discussioni con le visite fatte al Policlinico ed ai Laboratori della Sanità Pubblica.

Al Policlinico si è più specialmente intrattenuta nei reparti dei proff. Carducci e Margarucci, i quali hanno illustrato i casi di cancro in cura in rapporto alla inchiesta ospitaliera in corso.

E quindi ha visitato la Clinica ostetrica-ginecologica con la guida del prof. sen. Pestalozza, il quale ha ampiamente riferito sui risultati fin qui ottenuti nelle indagini cliniche compiute per il cancro dell'utero, mettendo in evidenza i possibili fattori patogenetici che favoriscono la manifestazione morbosa e l'indirizzo tenuto in clinica sulla terapia chirurgica e radiologica del male.

La Commissione ha pure visitato l'Istituto radiologico universitario, dove il prof. Ghilarducci, intrattenendosi sui metodi speciali di cura adottati per mezzo della jonoforesi e della filtrazione variabile dei raggi Roentgen, ha presentato vari ammalati in cura, o già curati nell'Istituto, e quindi ha illustrato i casi più importanti cui si riferiscono le tabelle cliniche della inchiesta retrospettiva, mostrando numerose proiezioni assai probative.

Nel Laboratorio batteriologico della Sanità la Commissione riassumendo le impressioni e le risultanze delle visite e delle discussioni, ha ascoltato una sommaria esposizione che il prof. Fichera ha fatto intorno alle sue vedute patogenetiche dello squilibrio oncogeno, presentando molti preparati microscopici e proiezioni, che hanno destato nella Commissione internazionale il più vivo interesse.

Come si vede il Convegno internazionale di Roma ha segnato una tappa importante nello studio demografico sanitario del cancro, promosso dal Comitato internazionale di igiene, e noi siamo lieti che il nostro Paese vi sia stato così degnamente rappresentato.

L'importanza del Convegno non deriva soltanto dallo studio cui si riferisce, ma rappresenta per noi un solenne monito per tutti acciò la questione gravissima del cancro non sia dimenticata, ma richiami all'incontro le maggiori possibili cure degli studiosi e dei pubblici poteri.

La nuova riforma degli ordinamenti sanitari segna opportunamente il cancro fra le malattie sociali, cui devono convergere le cure precipue delle amministrazioni provinciali: è un nuovo e promettente indirizzo che conviene assecondare e stimolare ai fini della profilassi sociale e della adeguata assistenza dei numerosi malati di cancro.

La Federazione nazionale per la lotta contro il cancro ha a tale riguardo un grave compito da soddisfare.

Il Governo può e deve integrare le benefiche iniziative locali e stimolarle se inerti o inadeguate; ma, come per tutte le questioni sociali, anche per questa del cancro, è necessario formare la coscienza sanitaria e nella massa della popolazione e nelle pubbliche amministrazioni e presso gli stessi medici, affinchè quei rimedi che, sin'ora, ci offre la scienza siano messi alla portata di tutti e tempestivamente adottati; la mortalità essendo in massima parte, in correlazione col tardivo intervento terapeutico.

Occorre perciò e sopratutto una efficace propaganda e la Federazione Nazionale deve rivolgervi attive e indefesse cure. S.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 29 marzo.

Presidenza del prof. V. Ascoli, presidente.

Nuovi risultati sulla serologia del tifo addominale.

Prof. A. Felix. — L'O. che ha compiuto anche importanti lavori sul tifo esantematico espone i nuovi risultati sulla serologia del tifo addominale. Larghe esperienze compiute dall'O. hanno dimostrato che nel fenomeno dell'agglutinazione si possono avere modalità differenti a grossi e a piccoli fiocchi, modalità legate a recettori differenti dell'antigene del bacillo di Eberth. L'O. riferisce l'importanza del fatto messo in luce da lui e da Weil, sia nei riguardi della specificità, sia della importanza diagnostica e rispettivamente curativa.

Modificazioni ad un metodo dello Spallanzani per l'isolamento dei protozoi.

Prof. V. Puntoni. — L'O. ricordando il metodo di Spallanzani, per l'isolamento dei protozoi provvisti di vivace mobilità, espone la sua modificazione al metodo stesso. Egli interrompe la comunicazione tra le due gocce di liquido spezzando ad x il vetrino, in antecedenza segnato col diamante.

Lunga sopravvivenza ed abbreviamento del periodo d'incubazione del virus rabico conservato in glicerina a freddo.

Prof. V. Puntoni. — L'O. ha potuto osservare senza che per ora ne possa dare una conveniente spiegazione, che il periodo d'incubazione diminuisce per il virus tenuto anche per 10-12 mesi in glicerina e in ghiacciaia. Tale proprietà viene perduta nei successivi passaggi.

Tale abbreviamento di incubazione deve essere per l'O. inerente a transitorie modificazioni subite direttamente dal virus per l'azione della glicerina e del freddo.

L'effetto conservatore della glicerina e del freddo deve essere tenuto presente per mantenere inalterati i midolli destinati alla vaccinazione secondo il metodo di Calmette e per conservare i pezzi di cervello che debbono servire per la diagnosi biologica della rabbia.

Il prof. Gosio conferma l'azione distruttrice della glicerina verso i virus ed i microrganismi e ricorda le sue esperienze circa la disinfezione delle feci coleriche per effetto della glicerina usata come clistere. Essa quindi è da collocarsi tra i disinfettanti e come questi a temperatura elevata è più energica che non a temperatura bassa. Su questo fatto si basa la depurazione del vaccino jenneriano. La ragione per cui la glicerina distrugge prima i germi e poi i virus è da ricercarsi nel fatto che quelli sono liberi e meglio aggrediti mentre i virus sono spesso protetti da tessuto cellulare.

Su una rara forma di aneurismi di un ramo della coronaria sinistra.

Dott. F. Guccione. — L'O. dopo aver ricordato in rapida sintesi il processo morboso per mettere in evidenza il fatto che non si può parlare di *aneurismi multipli* delle coronarie perchè costantemente si rinvengono in altri territori vasali passa a dimostrare che essi non sono che una manifestazione parziale e tutt'affatto secondaria di un complesso quadro morboso e non dovrebbero essere compresi nel gruppo dei comuni aneurismi delle coronarie.

Tra gli aneurismi solitari riportati nella letteratura ricorda quello che Sommer riscontrò in un uomo di 77 anni che offre una grandissima somiglianza col caso che egli ha potuto osservare nel quale l'aneurisma era del ramo discendente della coronaria sinistra. Lo descrive per lo speciale interesse che presenta sia per la rarità del reperto, sia per le considerazioni che permette di fare dal punto di vista clinico e anatomo-patologico.

Cambiamenti di reazione del mezzo sull'attività del bacteriofago e dannosa azione del cloruro di sodio.

Dott. A. Alessandrini. — L'O. riferisce sulle esperienze da lui condotte nell'istituto d'igiene con le quali ha potuto studiare caratteristiche di vitalità del batteriofago.

Peritonite purulenta post-tifica a decorso subacuto da bacillo di Eberth.

Prof. R. Alessandri. — L'O. riferisce il caso di una inferma di 28 anni che fu ricoverata nella Clinica chirurgica con peritonite purulenta post-tifica a decorso subacuto da bacillo di Eberth.

L'inferma guarita dal tifo dopo circa 15 giorni si riammalò con gonfiore del ventre e dell'arto inferiore sinistro, insorti lentamente e pare senza febbre. Dopo circa un mese e mezzo comparve febbre serotina modica e persistente, versamento addominale cospicuo, che alla puntura esplorativa ed ai successivi vuotamenti praticati in clinica si rivelò per un essudato nettamente purulento e in cui gli esami praticati misero in evidenza come unico germe presente il bacillo di Eberth.

L'O. ha voluto riferirlo per la rarità di casi di peritoniti da bacillo Eberthiano ad andamento subacuto o addirittura cronico, purulente, con versamento endoperitoneale abbondante, a differenza di quelle ad andamento acutissimo o acuto, del tipo clinico cioè della peritonite da perforazione.

Nel caso dell'O. mancò qualsiasi sintomo di lesioni biliari o di altri organi. Circa la via d'infezione del peritoneo non può asserire se si sia trattato di semplice diffusione (solo bacillo del tifo?) che ritiene poco probabile, o di rottura di un ganglio mesenterico, o di localizzazione nel peritoneo del bacillo del tifo circolante nel sangue per causa che sfugge.

Il prof. Sanarelli osserva come il caso descritto dal prof. Alessandri conferma il carattere specifico del bacillo tifico che presenta una particolare tendenza alla localizzazione nelle sierose e più specialmente nella cavità peritoneale, come egli ha dimostrato da molto tempo.

Il passaggio dei microbi del gruppo tifo-coli dalla circolazione generale nel cavo peritoneale è un fenomeno che, sperimentalmente, si osserva con estrema facilità.

Il prof. Arcangeli osserva come spesso si vedano fatti che portano a pensare come assai probabile l'origine ematogena della peritonite: si osservano infatti pleuriti purulente post-tifiche ed anche più spesso periostiti ed osteomieliti da bacillo di Eberth.

In quanto alla cura prima di praticare la laparotomia tenterebbe la cura con vaccino, la quale si è già mostrata efficace nelle periostiti e nelle colecistiti tifose.

L'influenza che sulla produzione dell'ulcera digiunale viene esercitata dalla deviazione del contenuto gastrico.

Prof. G. Baggio. — L'O. riferisce le conclusioni alle quali è pervenuto dopo esperienze praticate.

L'interruzione del piloro nei cani, è causa di ulcera digiunale con una proporzione che, su 11 animali, fu del 27 %. Riunendo gli ultimi esperimenti ad altri in precedenza praticati di esclusione sub-totale di stomaco e di esclusione della sola pars pilorica, ha causato una proporzione quantitativa tra fenomeno ulceroso stabilitosi nel digiuno e potere digestivo del succo gastrico al momento d'arrivo nell'ansa anastomizzata.

Il concetto di quantità, più che di qualità, di potere digerente messo finora in evidenza dalle sue esperienze costituisce un nuovo appoggio all'idea dall'O. avanzata sin nel 1921, che l'azione ulcerativa spiegata nel digiuno dalla pars pilorica dello

stomaco debba essere intesa come un'azione diretta, che si svolge per conto proprio, non già con l'intermezzo della parte cardiale.

Nuove ricerche sull'encefalite spontanea nei conigli.

Prof. F. BONFIGLIO. — L'O. riferisce le ulteriori ricerche da lui compiute sull'encefalite spontanea nei conigli.

In una prima nota su tale argomento riferiva di aver riscontrato nel cervello dei conigli speciali «sferule» microscopiche che sospettò fossero dei microrganismi e potessero essere l'agente patogeno della encefalite stessa. Oggi dopo le nuove ricerche può affermare che è per lo meno molto probabile che le «sferule» siano dei microrganismi e precisamente dei protozoi parassiti. Che le «sferule» sono un reperto esclusivo dell'encefalite spontanea nei conigli e possono essere considerate come l'agente patogeno dell'encefalite.

Il prof. CASAGRANDI fa rilevare che la questione dei corpi descritti dal Bonfiglio si riannoda a quella di tutti gli altri corpuscoli rinvenuti nelle varie e numerose infezioni determinate dai virus filtrabili. È noto che essi dagli uni sono ritenuti costituire il virus e dagli altri tra cui l'O. che si leghino all'azione dello stesso virus sugli elementi cellulari e sono chiamati perciò «Corpuscoli di reazione». Ciò egli dice perchè è presumibile che anche in queste forme di encefalite ci si trovi di fronte ad un virus filtrabile.

E. GROSSI.

Società Medico-chirurgica di Pavia.

Seduta dell'11 aprile 1924.

La nefrite cronica nei lavoratori del Pavese.

G. RIGOBELLO. — L'esame dei casi pervenuti al tavolo anatomo-patologico dell'Istituto della R. U. aveva già segnalato nell'ultimo ventennio la frequenza del reperto di nefrite cronica. Un riscontro statistico di detto periodo ed in particolare le osservazioni dell'anno solare 1923 hanno fatto constatare che circa il 60 % dei 130 individui autopsiati presentavasi affetta da nefropatia a tipo cronico, con riacutizzazione dovuta alla causa determinante la morte, nel 40 % residuale si riscontravano nefropatie acute e buon numero di casi con reperto di lesione renale incipiente.

Le notizie cliniche fecero rilevare che la lontana causa etiologica è da riportarsi ad infezione esantematiche, rinofaringee e reumatiche in genere dell'età infantile o dell'adolescenza, in taluni individui si sono sovrapposte poi infezione tubercolare, tumori, lue, ecc. Il periodo silente o di latenza è durato moltissimo. Nelle nefropatie oltre le alterazioni renali fu già osservato anatomo-patologicamente la presenza costante e corrispondente di alterazioni della cute ed in particolare delle ghiandole sudorifere a tipo acuto o cronico.

Ne consegue quindi che ogni fattore dannoso che esplichi la sua azione sulla funzione della cute trovi il suo contraccolpo sul rene e viceversa. Uno di questi è fra le cause fisiche l'umidità.

Per l'appunto il fatto che a Pavia le lesioni renali sono più frequenti che in altre località a clima più asciutto, denota quindi l'importanza delle condizioni igrometriche le quali dimostrano nelle curve del decennio 1900-10 che l'umidità relativa presenta una media annuale di 78-83 con massimi di 94. In totale nella parte piana della provincia le condizioni climatiche sono caldo umido e freddo umido.

Patologicamente l'azione dell'umidità si esplica perturbando precipuamente le funzioni cutanee nella perspirazione, nella termoregolazione dell'eliminazione nei processi di depurazione, ecc., modificando in via riflessa il circolo con fenomeni di iperemia e trasudazione delle mucose, esaltando la flora batterica.

Ostacolata perciò la funzione vicaria cutanea il rene è obbligato ad un superlavoro di eliminazione di prodotti tossici e viceversa per le nefropatie, si stabilisce così un quadro di cui l'esito è la nefrite cronica.

Come fattori ambientali si può aggiungere ancora l'insalubrità della casa e l'uso di acque chimicamente non potabili con percentuali di cloruri e nitrati abbondanti fra i pozzi dell'agro.

Ora, tenuto conto sia dello strapazzo, sia della fatica delle categorie lavoratrici, va rilevato come lesioni renali iniziali trovano precipuamente nelle umidità altissime condizioni per passare tardivamente alla cronicità.

F. RICCI. — *Sulla cellula della midollare della surrenale.*

Due casi di endomicosi polmonare.

A. PERIN. — L'O. riferisce su due pazienti dagli sputi dei quali fu isolato l'Endomyces Pulmonalis. In entrambi i casi — uno un impiegato, l'altro un vignaiolo — il quadro clinico fu quello di una bronchite diffusa e di una bronchiolite con attacchi asmatiformi. Nel 2° caso esisteva pure una lesione del colon, verosimilmente della stessa natura, e dalle feci fu isolato lo stesso miceto.

Un trattamento con iniezioni di olio iodato, con vaccino-endomyces diedero ottimi risultati.

FRANCESCO RICCI.

Ospedale civile di Venezia.

Seduta scientifica del 28 aprile.

Studi sulla circolazione retinica con particolare riguardo alla morfologia delle pulsazioni dei vasi centrali in rapporto colle alterazioni della circolazione generale e cerebrale.

Prof. O. ORLANDINI. — Essendo in generale la pressione diastolica superiore alla pressione endoculare normale, il polso arterioso retinico appare più facilmente aumentando colla compressione sul bulbo la tensione endoculare.

Coll'ispezione del polso arterioso provocato si potrà riconoscere il maggiore o minore stato di ipertensione del vaso e questo esame potrà essere

di prezioso aiuto semeiotico per riconoscere dalle condizioni di elasticità delle pareti delle arterie retiniche le condizioni analoghe in cui si possono ritrovare le arterie cerebrali essendo l'elevazione delle pressioni arteriose nel cricolo cerebrale.

Quanto all'esame del sistema venoso retinico dimostra la maggiore importanza per quanto riguarda la presenza del polso venoso spontaneo in rapporto colla congestione venosa locale, come nella nevrite retrobulbare e nelle atrofie del nervo ottico e così pure in alcune alterazioni dell'apparato respiratorio nella otite, specialmente complicate da mastoidite ed ancora in modo più accentuato nei casi di trombosi dei seni della dura madre, nelle malattie encefaliche specialmente focolai emorragici. L'ispezione del polso arterioso e venoso ha pure importanza per la diagnostica e prognostica dell'interruzione della circolazione in uno od in ambedue i grossi vasi retinici (trombosi ed embolia) non potendovi sempre dimostrare oftalmoscopicamente l'alterazione anatomica del vaso obliterato in qual grado e in qual vaso appartiene. La dimostrazione del polso arterioso provocato fa riconoscere le condizioni di permeabilità del vaso anche se il numero e l'estensione delle emorragie vale in gran parte il decorso delle diramazioni di esso purchè si possa osservare in qualche punto visibile: così pure la constatazione del polso venoso spontaneo indica nei casi di trombosi venosa la etiologia dell'affezione venosa quando si può constatare nell'altro occhio che non è sede di alterazioni e focolai. Infine accenna all'importanza del rapporto della circolazione retinica colla circolazione generale e coll'oftalmotono studiando l'ipertensione glaucomatosa in rapporto coll'ipertensione generale: all'importanza delle constatazioni del polso venoso spontaneo come sintomo prodromico dell'affezione glaucomatosa.

Considerazioni sopra un caso di antica resezione dell'anca con persistenza di lesioni fistoleggiate e lussazione del moncone femorale.

Dott. STEFANO LUSSANA. — L'O. coglie lo spunto dalla presentazione di un p. che vent'anni prima aveva subita la resezione della testa femorale per coxite e che presentava tuttora seni fistolosi e lussazione del moncone femorale, per mostrare il buon risultato che in simili casi una ulteriore resezione del moncone femorale ed una escavazione del cotile sedi focolai tubercolari, può dare quando sia completata dall'exeresi dei tramiti fistolosi delle parti molle e più di tutto da una buona riposizione del moncone femorale di resezione nello scavo cotiloideo in abduzione dell'arto, immobilizzata con apparecchio gessato. Nel caso presentato il p. non solo è guarito dell'affezione che portava da sì lungo tempo, ma ha ottenuto un solido appoggio sul suo arto che prima non aveva. Conclude ricordando il campo ristretto delle indicazioni della resezione dell'anca per coxite, l'utilità di ulteriori resezioni quando dopo un certo tempo persistano focolai circoscritti di osteite specifica, la necessità di creare sempre un buon punto d'appoggio osseo al moncone femorale in posizione abdotta, fissandolo magari se se ne mostri l'opportunità con una vite metallica, o se il caso sia veramente asettico anche con un trapianto osseo autoplastico.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Sull'ipoeccitabilità del vestibolo posteriore nella meningite sierosa essenziale.

L'esame funzionale del labirinto membranoso, anteriore e posteriore, si afferma sempre più nella pratica clinica quotidiana per gli importanti ausilî che la semeiotica vestibolo-ponto-cerebellare offre in molte sindromi cerebrali di complessa ed oscura indagine diagnostica. Studiando sistematicamente la funzione labirintica nei malati di meningite sierosa essenziale, G. Ferreri (*Rivista Oto-neuro-oftalmologica*, 1923) ha potuto mettere in rilievo a carico del vestibolo posteriore un dato di fatto che conforta l'otoiatra ed il neurologo di un sintoma di più nella già varia e ricca messe di segni semeiologici propri dell'affezione in parola. Per il labirinto anteriore l'A. ha usato i metodi classici di investigazione; per il labirinto posteriore ha seguito i mezzi moderni di indagine, a mezzo della risposta nistagmica, della deviazione del corpo e degli indici del Barany, ottenute a traverso le prove rotatoria, galvanica e calorica.

Dall'esame degli ammalati studiati dall'A. risaltano due fatti principali: una dissociazione evidente del comportamento tra il vestibolo anteriore e quello posteriore ed una marcata ipoeccitabilità di quest'ultimo agli stimoli applicati perifericamente, in modo particolare rispetto a quelli termici.

La funzione cocleare era infatti del tutto normale; fatto questo in contraddizione con quanto generalmente leggesi sui comuni trattati a proposito della sordità nella meningite sierosa essenziale. Gli ammalati non avevano nessun disturbo a carico dell'equilibrio, sia statico che dinamico. Altrettanto normale è stata sempre la prova degli indici del Barany. L'ipoeccitabilità del labirinto posteriore è stata invece sempre costante e raggiunse alle volte uno stadio di ineccitabilità assoluta sperimentando con la prova termica (frigida e calida). Il riflesso nistagmico indotto per via galvanica presentava alterazioni evidenti da attribuirsi a lesione diretta tronculare del vestibolare e non a lesioni endolinfatiche intralabirintiche.

In complesso l'A. negli ammalati di meningite sierosa essenziale ha messo in evidenza: 1) dissociazione funzionale tra labirinto anteriore e posteriore; 2) integrità del labirinto anteriore; 3) ipoeccitabilità e talora ineccitabilità dell'apparato vestibolare posteriore per via dinamica, galvanica e principalmente calorica. Tale ineccitabilità devesi attribuire a lesioni extralabirintiche delle vie di conduzione dai nuclei vestibolari a quelli degli oculomotori.

POLLITZER.

CASISTICA.

Contributo all'amiloidosi generale dell'uomo

W. Freundlich (*Med. Klinick*, n. 52, 1923) riferisce il caso di un uomo di 68 anni che presentava all'autopsia ittero intenso generalizzato ed amiloidosi degli organi, e in special modo del fegato. L'esame istologico dimostrò che l'amiloidosi colpiva specialmente fegato e milza, un po' meno il miocardio, quasi affatto i reni. In vita il paziente aveva presentato da alcuni mesi dimagramento progressivo, ittero, dolori alla testa e al petto. Nè anamnesticamente nè all'autopsia fu possibile riscontrare una causa cui ascrivere l'amiloidosi; anamnesticamente esisteva soltanto un'infezione vaiolosa all'età di 14 anni, all'autopsia scarsi residui di endocardite, alle valvole aortiche e pleurite adesiva.

POLL.

Il morbo di Hodgkin.

S. W. Patterson (*British med. Journ.*, 22 marzo 1924), osserva che il morbo di Hodgkin è stato ritenuto a torto come un tumore degli organi emopoietici; invece, in considerazione delle alterazioni della temperatura, con remittenze e grandi oscillazioni, nonchè del decorso progressivo che conduce alla morte, l'A. inclina a ritenere tale malattia di origine parassitaria, sebbene l'agente ne sia sconosciuto.

L'A. ne ha osservato 31 casi, fra cui 22 uomini e 9 donne; l'età in cui si iniziò la malattia variava dai 30 ai 50 anni. I sintomi principali furono: malessere, debolezza, perdita di peso, tosse, sudori notturni ed in quattro casi, prurito; tre casi erano stati inviati al riparto dermatologico per lesioni cutanee croniche.

Non si osservarono emorragie. In due terzi dei casi le prime ghiandole coinvolte furono quelle cervicali, in un terzo quelle mediastiniche; in alcuni di questi ultimi si ebbe idrotorace. La milza era molto ingrandita in quattro casi e palpabile in sei. Il sangue mostrava un'anemia secondaria, senza modificazioni caratteristiche dei leucociti; l'eosinofilia, che si notò in alcuni casi, non poteva essere messa in rapporto con gli altri segni della malattia.

Il decorso fu lentamente progressivo in 15 casi, con remittenze in 8; acuto in uno. La durata in 13 pazienti dei quali si ebbe notizia della morte variò da quattro mesi a quattro anni, con una media di due anni.

I sintomi predominanti furono l'ingrossamento delle ghiandole, il tumore mediastinico, o, più raramente l'ipertrofia della milza. L'esito può ritenersi in generale fatale; sono stati riportati casi di guarigione, ma l'esperienza dell'A. non può confermarli. Qualche miglioramento sembra che si sia ottenuto con l'arsenico per via interna, i raggi X ed il radio, ma si ebbero ben tosto le ricadute ed il paziente si avviò più o meno rapidamente alla morte.

fil.

TERAPIA.

Sul trattamento con l'insulina.

Leo Pollaok (*W. Klinische Woch.*, 17 gennaio 1923), dopo avere accennato al successo della cura con l'insulina nel diabete mellito, riferisce su di una insulina, da lui stesso preparata, che, in confronto alle altre varietà di insulina, ha dato risultati eccellenti e perfettamente paragonabili.

Fa rilevare che tuttavia mancano metodi sicuri per titolare l'insulina, la cui attività viene comunemente espressa in *unità clinica*, 1/3 dell'unità originaria coniglio. Questa incertezza si deve attribuire sopratutto al fatto che i conigli (animali più comunemente adoperati) reagiscono differentemente allo stesso preparato ed allo stesso trattamento e danno spesso una diminuzione del valore glicemico non strettamente proporzionale alla quantità di insulina.

Ad ovviare a questo inconveniente si è creduto opportuno di utilizzare varii metodi e cioè: l'azione dell'insulina sulla iperglicemia da adrenalina, da iniezione di glucosio ed infine sulla glicemia normale. In questo caso si tien conto, per la titolazione dell'insulina, della sindrome ipoglicemica, caratterizzata principalmente dall'insorgenza di speciali convulsioni, alle quali molti AA. attribuiscono una notevole importanza. È da osservare però che a volte pur ottenendo un abbassamento notevole della glicemia fino al disotto di 0,20 ‰ manca ogni sintomo di convulsioni e solo si nota un certo grado di eccitamento e di voracità. Questa osservazione fa pensare che probabilmente nella determinazione delle convulsioni oltre all'ipoglicemia, che rappresenterebbe solo uno dei fattori, vi concorra una sostanza tossica compresa nell'insulina o che si formi dopo l'introduzione di essa nell'organismo animale. Le indicazioni assolute per l'insulinoterapia secondo l'autore sono:

1) nel coma presente o imminente; non sempre però si riesce a salvare l'ammalato specie se esistono complicazioni a carico dell'apparecchio circolatorio e respiratorio;

2) nei diabeti da sottoporre ad interventi chirurgici e ciò anche nei casi lievi perchè è frequente l'insorgenza del coma in seguito alla narcosi;

3) nei casi di diabete, nei quali le cure dietetiche non dànno o dànno poco giovamento.

Prima di iniziare il trattamento insulinico il diabetico viene sottoposto a dieta povera di idrati di carbonio in modo tale che si possa avere nelle urine una quantità di glucosio ed eventualmente di acetone quasi costante. La quantità d'insulina necessaria è in relazione agli elementi iperglicemizzanti contenuti nella dieta. Per il controllo dell'azione dell'insulina non è necessario eseguire il dosaggio del glucosio nel sangue, se si mantiene una glicosuria intorno al 5-10 ‰, il che garantisce anche dai pericoli dell'ipoglicemia. Particolare riguardo bisogna attribuire allo stato funzionale delle varie ghiandole endocrine, le quali agiscono esaltando o diminuendo l'azione dell'insulina. Infine l'A. rileva l'influenza che l'insulina può avere sul ricambio dell'acqua, riportando ad essa la diminuzione della quantità d'urina che consegue alle prime iniezioni d'insulina prima che lo zucchero e l'acetone subiscano variazioni. Tali influenze sul ricambio dell'acqua in qualche caso si può manifestare sotto forma di edemi e talora quindi occorre diffidare di quegli aumenti considerevoli di peso che si hanno nelle cure d'insulina e che talora si manifestano fin dall'inizio con una rapidità sorprendente.

Marino.

Cura della gotta con il colchico.

Secondo Llwelin subito all'inizio dell'attacco si somministra un purgante. Se il malato non fu purgato, il colchico si associa al solfato e carbonato di magnesia:

Solfato di magnesia	gr.	4
Carbonato di magnesia . .	»	0.60
Citrato di potassio	»	2
Vino di colchico	gocce	XX
Acqua di menta	gr.	30

Questa dose si ripete ogni ora con l'aggiunta di due cucchiai di acqua calda fino ad effetto: dopo di che si sopprime il solfato di magnesia e si dà il resto della miscela ogni 6 ore.

La dose si diminuisce appena i fenomeni infiammatori acuti diminuscono (il che avviene dopo 2-3 giorni) ed allora si dà per qualche giorno, ogni sera una delle seguenti pillole:

Estratto di colchico	gr.	0.016
Aloina	»	0.008
Estratto di belladonna . .	»	0.008
Capsicina	»	0.003
Estratto di rabarbaro . . .	»	0.06

per una pillola.

Le persone di età tollerano meglio la colchicina che il colchico:

Colchicina . . . . gr. 0.00065
Estratto di belladonna . » 0.008
Estratto di nocevomica . » 0.016
(per un cachet: uno ogni 4 ore).

In generale il colchico sarà prescritto 6-7 giorni di seguito.

(Da *Minerva Medica*). PERSIA.

Inconvenienti provocati dai comuni medicamenti.

Olio canforato. — Fabricius riporta due casi di morte (*La Clinique*, ottobre 1923) consecutivi ad iniezione endovenosa di uno e di cinque cmc. In entrambi i casi si riscontrò embolia grassosa del polmone; in uno, anche un grosso embolo dell'arteria polmonare. I pericoli delle iniezioni endovenose di olio canforato sono del resto noti ed evidenti.

Antipirina. — R. Menzani (*Bull. delle scienze mediche*, Bologna, marzo 1924) osservò in una paziente, in seguito all'applicazione locale alle narici di poca antipirina, brividi, vomito, sudore profuso, perdita della coscienza, ulcerazione della narice, eruzione pemfigoide a tutto il corpo, vasto e profondo edema all'ipocondrio destro. La malata si riebbe e guarì dopo un paio di giorni. In prove successive si vide che la somministrazione di soli tre centigrammi determinava fenomeni tossici meno accentuati ed orticaria persistente. Altri autori hanno osservato la morte in una donna dopo due dosi di 2 ed 1 grammi ed in un bambino dopo soli venti centigrammi.

Chinino. — M. Amat (*La Clinique*, ottobre 1923) aveva somministrato un grammo al giorno ad un malarico, senza tener conto delle vertigini che esso accusava. Dopo cinque giorni di cura il visus da un lato era del tutto spento, mentre dall'altro si aveva ambliopia accentuata. Si ebbe, dopo tre mesi di cure, il ritorno graduale del visus, ridotto però al 50 %. Questo esempio dimostra la necessità di sospendere il chinino alla comparsa dei più piccoli disturbi oculari e di somministrare nitriti od altri vasodilatatori, come pure digitale e stricnina per stimolare il nervo ottico. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il fattore ipofisario nei processi mestruali e i suoi rapporti col corpo luteo.

I. Hofbauer (*Zentralblatt f. Gynaekologie*, 1924, n. 3) sostiene la tesi dell'importanza dominante della preipofisi e dell'ipotalamo nei rapporti della mestruazione.

Riferisce le osservazioni sperimentali della soppressione dell'ovulazione in animali per estirpazione della preipofisi e il suo acceleramento per iniezione di preparati ipofisari, i successi nella cura dell'amenorrea con gli stessi preparati e con la radioeccitazione della ghiandola, quelli nella cura delle menorragie con la irradiazione intensa di essa. Per l'influenza della ghiandola e dell'ipotalamo parlano inoltre la poliuria premestruale, l'influenza degli insulti psichici sulla mestruazione, ecc. Egli ritiene però che l'ipofisi divide tale influenza con la ghiandola tiroide.

D'altronde modificazioni nell'apparato genitale influiscono a loro volta sull'ipofisi. Per la gravidanza ciò è noto da tempo e l'A. crede che l'ipertrofia dell'ipofisi sia dovuta in essa all'assorbimento parenterale di albumine eterogenee, quali sarebbero in certo senso quelle placentari. Sperimentalmente si è ottenuto con l'iniezione di estratti placentari, come con quella di peptoni, la stessa ipertrofia, e anche con iniezione di estratti ovarici. L'A. suppone che il liquor folliculi determini nello scoppio del follicolo una simile modificazione dell'ipofisi, agisca cioè come sensibilizzatore, come attivatore. L'attivazione si renderebbe poi a sua volta manifesta con l'influenza sulla ovulazione. Ciò spiegherebbe il ciclo rigoroso dei periodi dell'ovulazione.

Quanto alla mestruazione l'A. espone pure idee notevolmente innovatrici. La fase premestruale non sarebbe determinata dall'accrescimento del follicolo, come generalmente si opina, ma anch'essa dalla stessa influenza ipofisaria, sia ormonica, che nervosa, che determina l'accrescimento del follicolo. Cita a proposito tutti gli argomenti in favore di un'azione iperemizzante ed edemizzante dell'ipofisi. La seconda fase invece della mestruazione, quella emorragica, sarebbe da interpretarsi come un fenomeno anafilattico, dovuto alla morte dell'uovo. A favore del concetto della mestruazione come fenomeno anafilattico cita: la frequente comparsa di mestruazione al momento dell'eruzione nel morbillo e nella scarlattina, l'azione talvolta regolatrice che esercita sulla mestruazione uno shok anafilattico, le proprie osservazioni di crisi emoclasica nel periodo premestruale.

Al corpo luteo, che ha un'azione atropinosimile sulla pupilla e sul cuore e un'azione antagonistica a quella dell'adrenalina (Abderhalden), spetterebbe il compito di infrenare la perdita mestruale. Un'azione emostatica si può infatti ottenere nei riguardi della mestruazione sia con l'atropina sia con preparati luteinici (Seitz, ecc.). Nei riguardi della gravidanza il corpo luteo avrebbe un'azione inibitrice sulle contrazioni uterine.

Tutta la costruzione dell'Hofbauer, per quanto ben documentata nei particolari e piena di ingegnosità, sembra, allo stato attuale delle nostre conoscenze, artificiosa. BOL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Terapia della pertosse. — All'abb. n. 9731:

L'Autore intendeva probabilmente lo spasmo bronchiale, che si manifesta talvolta nel corso della pertosse. Ad ogni modo la terapia eterea della pertosse si va ora abbandonando, rappresentando essa soltanto una cura sintomatica.

La cura etiologica consiste nella vaccinoterapia, e il vaccino si trova anche in commercio. Come rimedio sintomatico è utile il bromoformio. POLLITZER.

Medici condotti ferroviari. — All'abb. numero 10917-1:

Nulla si sa sull'epoca nella quale verranno banditi i concorsi per i titolari delle condotte ferroviarie nei centri che annoverano più di 1000 impiegati. È presumibile che se ne parlerà quando si renderanno vacanti parecchi posti oggi ricoperti dagli attuali medici di reparto.

Il « Policlinico » non mancherà a suo tempo di darne notizia nella rubrica destinata all'annunzio dei concorsi. *a. a.*

Al dott. F. B. da Fiorenzuola d'Arda:

Suggeriamo E. TRIFILETTI, *Guida pratica per i vigili sanitari comunali*, op. in-12° di pag. 72, Napoli, Casa Editr. E. Pietrocola. R. B.

VARIA

Il caduceo di Mercurio ed il bastone serpentario di Esculapio.

Il caduceo di Mercurio ed il bastone serpentario di Esculapio sono spesso indifferentemente adoperati come emblemi della medicina e dell'arte sanitaria in genere. Boigey (*Presse Médicale*, 1924, n. 12) rileva come ciò costituisca un errore mitologico in quanto il caduceo non è l'attributo di Esculapio, ma quello di Mercurio, messaggero degli Dei.

Nell'iconografia mitologica il caduceo (ῥάβδος e κηρύκειον in greco, *virga* e *caduceum* in latino) è il segno inseparabile e assolutamente personale di Mercurio, ed in pratica è adoperato per significare i vari attributi dell'agile dio. E poichè la più importante funzione di Mercurio è quello di essere l'araldo degli dei, nell'antica Grecia gli ambasciatori, i parlamentari ne erano muniti quando compievano la loro missione.

Il caduceo è formato da un bastoncino sormontato da due piccole ali ed intorno al quale sono avvolti simmetricamente due serpenti. In principio era costituito da un ramo complicato generalmente biforcato alle due estremità; solo con l'andar del tempo assunse la forma stilizzata definitiva. Ovidio così immagina la metamorfosi del caduceo: Mercurio mentre si trovava in Arcadia incontrò due serpenti in lotta; gettò su di essi il suo bastone e vide che i due serpenti cessando dalla lotta vi si attorcigliarono attorno. Così si spiegherebbe come il caduceo rappresenti il simbolo della pace, della concordia e conseguentemente del commercio e costituisca il distintivo dei messaggeri, degli araldi, degli ambasciatori. Ma nessun elemento storico o etimologico ne giustifica l'uso come l'emblema della medicina.



Caduceo di Mercurio



Bastone serpentario di Esculapio

Il simbolo della medicina è il bastone serpentario di Esculapio, che quantunque abbia una certa rassomiglianza con il caduceo, se ne distingue per la mancanza di ali all'estremità e perchè ha un solo serpente.

In tutti i monumenti antichi il dio della Medicina è rappresentato da un uomo maturo dal volto severo e meno spesso da un giovane senza barba, ma quasi sempre il suo braccio si appoggia ad un bastone intorno al quale si avvolge un serpente. Quando il bastone manca il serpente si avvolge intorno all'avambraccio del dio o si dirizza a spirale al suo lato dalla terra. Spesso ai piedi di Esculapio si trova un gallo o un cane, simboli della vigilanza. Ma mentre questi due attributi possono mancare, il serpente è sempre presente. Su di una medaglia di P. Licinius Valerianus il padre della medicina è rappresentato seduto presentando una coppa ad un serpente. Al Museo Vaticano si appoggia ad un lungo bastone intorno al quale si avvolge un serpente. Su un basso rilievo di marmo bianco trovato ad Atene Esculapio ed Igea sono sdraiati presso una tavola coperta di frutti e dolci, verso la quale si dirige un serpente.

Secondo un mito Esculapio fulminato da Giove fu trasfigurato in una costellazione con il nome di Serpentario.

Il serpente ricorda anche la metamorfosi del dio quando accorse a Roma per salvarla dalla peste. Ovidio riferisce questa circostanza nel XV libro delle *Metamorfosi*. *a. a.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

XXXVII. — Un caso singolare di giudizio illegale in un concorso all'ufficio di medico condotto.

La Commissione per i concorsi all'ufficio di medico condotto deve esaminare i titoli dei concorrenti e stabilire per ciascuno di essi i punti di merito, procedendo a singole votazioni, in modo che ne risultino gli idonei (27/30) e fra questi i migliori.

La Commissione per il concorso all'ufficio di medico condotto del Comune di Porto Mantovano, non seguì questo procedimento. Dopo di aver esaminato i titoli e di aver rilevato «potersi a priori affermare che almeno sette degli otto aspiranti sono tutti dotati di titoli di studio, di pratica ospedaliera e di servizio condottale più che sufficienti per coprire il posto», così soggiunse: «Ma la Commissione pur seguendo le norme della legge sanitaria, ma *tenendo in maggior* calcolo l'ordine del giorno votato nell'ultima adunanza a Roma dalla Federazione degli Ordini dei Medici di Italia (che aveva suggerito alle Commissioni di designare per le nomine non più di tre concorrenti) *ha dovuto indicare* gli ottimi fra i buoni e tassativamente nomina la seguente terna: . . . .».

Di fronte a questo giudizio irregolare e anormale il Prefetto, a richiesta del Commissario del Comune, invitò la Commissione a dare schiarimenti, ed essa, con altra relazione, dopo di aver tentato di dimostrare che nel proporre la *terna* aveva ottemperato alla legge, dichiarò di confermare integralmente la relazione precedente e invitò la rappresentanza Comunale a nominare uno dei tre medici com-*retti*), dichiarando illegittima la deliberazione che assegnava agli altri dichiarati ineleggibili 26/30.

Il Consiglio Comunale nominò uno dei medici fuori della terna.

Questo è il caso che *la IV Sezione del Consiglio di Stato ha esaminato e deciso con sentenza 23 maggio 1923, n. 314 (ric. dott. Moretti)* dichiarando illegittima la deliberazione di nomina e illegale il procedimento e il giudizio della Commissione.

È detto nella sentenza: «La ineleggibilità, la non graduabilità e la non inclusione nell'elenco dei *migliori* fra i concorrenti, quelli cioè fra i quali il Comune deve far cadere la nomina, non deve dipendere se non dall'assegnazione dei punti dati via via, per votazioni ai singoli concorrenti, dopo l'esame dei rispettivi titoli. Una ineleggibilità, a dir così, in *blocco*, come appare attribuita in un secondo stadio, con la seconda relazione, non è cosa legale. Ed esattamente il Consiglio Comunale ebbe a ravvisare non legale la procedura seguita dalla Commissione. Il Consiglio ebbe però il torto di non fermarsi a tale constatazione per trarne le ovvie conseguenze e dichiarare nulli gli atti del concorso . . . . Il Consiglio invece credette di potere dalla stessa relazione della Commissione, dichiarante che almeno sette dei concorrenti avevano titoli più che sufficienti per coprire il posto, dedurre che il dott. Capponi fosse fra i sette e che tutti questi sette fossero fra i migliori a sensi di legge e avessero meritato 27/30».

XXXVIII. — Certificati irregolari.

Non occorre querela di falso, ma basta la semplice constatazione *visu oculi* per negare efficacia probatoria ad un certificato, prodotto in un concorso, quando risulti che il documento presenta abrasioni su punti essenziali, come, ad esempio, quando risulti abrasa o cancellata la cifra che dapprima era stata scritta per indicare la data del rilascio del certificato.

Un certificato, diretto a dimostrare la qualità di titolare in una condotta ostetrica comunale e tanto più l'inizio e la durata del detto servizio, non può essere rilasciato da un libero professionista e neppure dall'ufficiale sanitario, ma deve emanare dalla competente autorità comunale o deve almeno da essa essere confermata l'attestazione.

(*Consiglio di Stato, Sez. IV, sentenza* 25 *aprile* 1924, *n.* 174 *ric. Suano*).

XXXIX. — Ricorso contro deliberazioni della G. P. A.

In base all'art. 222 della legge comunale e provinciale (T. U. 4 febbraio 1915, n. 148) e per giurisprudenza costante, contro le decisioni della Giunta Provinciale Amministrativa in sede di tutela, *i privati interessati* possono ricorrere al Governo del Re.

Quindi la deliberazione di un Commissario Regio, che deve essere integrata dall'approvazione della G. P. A., non è provvedimento definitivo impugnabile direttamente con ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato; ma contro di essa deve essere proposto ricorso al Governo del Re, in sede gerarchica.

(*Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione* 25 *aprile* 1924, *n.* 173).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

XL. — Nomina di un medico da parte del Commissario prefettizio: urgenza; preferenze.

È noto, e già altre volte abbiamo segnalato, che le funzioni del Commissario prefettizio sono limitate agli incarichi che gli sono affidati nel Comune dal Prefetto. Nella ipotesi, poi, che l'amministrazione comunale non funzioni del tutto, l'azione del Commissario prefettizio ha, è vero, maggiore ampiezza, trovandosi egli di fatto in condizioni analoghe a quelle del Commissario Regio; però, tenuto anche conto della brevità che dovrebbe essere, secondo legge, assegnata al suo incarico, «non può estendersi al *di là di quanto è strettamente necessario a che la vita del Comune non si arresti*». (In tal senso è la decisione della V Sezione del Consiglio di Stato 6 aprile 1923, n. 77, già riportata in questa rubrica). Ma, in relazione a tale criterio direttivo, si deve riconoscere *urgente* il provvedimento del Commissario che nomina un medico, in seguito a concorso già indetto ed espletato dall'amministrazione ordinaria, mentre il posto stava per rimanere scoperto, dovendo abbandonarlo per limite di età il sanitario che lo occupava provvisoriamente.

Non può negarsi al Commissario prefettizio la stessa libertà di scelta che la legge accorda al Consiglio comunale, e di provvedere alla nomina fra i concorrenti più meritevoli, cioè fra quelli che abbiano conseguito 27/30.

L'art. 3 del R. D. 10 settembre 1919, n. 1825, stabilisce la preferenza del servizio di guerra solo per la formazione della graduatoria e a parità di merito per gli altri titoli; sarebbe un aggiungere alla legge se il titolo di preferenza nella graduatoria si volesse trasformare in un titolo di preferenza agli effetti della nomina.

In tal senso ha deciso la IV Sezione del Consiglio di Stato con sentenza 25 aprile 1924, numero 188.

È da avvertire, però, che ora, a norma del decreto 24 settembre 1923, n. 1073, valgono speciali titoli di preferenza agli *effetti della nomina*, dei quali ci occupammo con la nota pubblicata nel fascicolo 46 del 1923 di questa rivista.

XLI. — Effetti della revoca di un provvedimento.

Quando l'amministrazione attiva revoca un proprio provvedimento, impugnato dall'interessato con ricorso in sede giurisdizionale, cessa la ragione del contendere nei riguardi del provvedimento revocato, il quale giuridicamente più non esiste. Di regola, gli atti amministrativi, come in generale tutti gli atti giuridici, non hanno effetto retroattivo.

Quando però si tratta di un atto che revoca un precedente provvedimento e gliene sostituisce altro, il principio generale non si applica e il provvedimento di revoca ha effetto dalla data di quello revocato.

(*Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione* 29 *marzo* 1924, *n.* 155).

XLII. — Licenziamento dell'ufficiale sanitario per fine del periodo di prova.

Non è censurabile per eccesso di potere il licenziamento di un ufficiale sanitario per fine del periodo di esperimento con la seguente motivazione sintetica «perchè non ispira la fiducia della popolazione».

Nè può pretendersi che fosse fatta contestazione del motivo al sanitario, in quanto non gli era mosso alcun addebito specifico. Questa risoluzione della IV Sezione del Consiglio di Stato (sentenza 25 aprile 1924, n. 184) deve essere intesa nel senso che non è necessaria una motivazione specificata. Ma il provvedimento può essere viziato da eccesso di potere e da illegittimità da altro punto di vista. In casi analoghi, nei quali è anzi più accentuata la discrezionalità dell'atto (per es. dispensa di un impiegato dal servizio per scarso rendimento, in forza dei poteri eccezionali) la stessa IV Sezione ha posto il seguente principio: «Se è vero che lo scarso rendimento ai fini della disposizione degli esoneri è materia prevalentemente di apprezzamento e di facoltà discrezionale dell'amministrazione, non è meno vero che la facoltà discrezionale non è arbitrio; e se talvolta non è facile tracciare i limiti di questi due aspetti che può assumere il provvedimento amministrativo, *non è dubbio che questi limiti esistono* e che debbono essere osservati e che l'osservanza o meno di essi cade sotto il giudizio di legittimità. Se sfugge al sindacato di legittimità l'apprezzamento dei fatti e questo Collegio non deve in alcun modo sostituirsi all'autorità che ha dalla legge il mandato di pronunziare il giudizio di merito, *non vi ha dubbio però che il giudizio non dev'essere in contraddizione con le risultanze degli atti o prescindere da queste*». (Sentenza 25 aprile 1924, n. 169).

Criteri correttissimi questi, che si applicano in tutti i casi di provvedimenti amministrativi emanati nell'esercizio di poteri discrezionali, anche se una motivazione non sia richiesta, come per il licenziamento degli ufficiali sanitari o dei medici condotti per fine del periodo di prova.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina. 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

IGIENE SOCIALE.

La profilassi delle malattie veneree nell'Esercito.

La lotta antivenerea nell'Esercito si fa con tre mezzi: 1) Conferenze periodiche alla truppa ed agli ufficiali; 2) visita sanitaria domenicale; 3) istituzione del gabinetto di profilassi. Le conferenze fatte alla truppa sono assai difficili e di riuscita dubbia, poichè se sono di tono elevato rimangono incomprese ai più, se invece si vuole persuadere gli ignoranti si cade facilmente nel risibile e nello sconcio. La propaganda spicciola può essere molto utile, specialmente se fatta all'ambulatorio durante le visite mattinali, ma non può avere che effetti minimi. Alla prescritta visita domenicale della truppa, molti possono agevolmente sfuggire, senza contare che essa costituisce talora l'incentivo per il fiorire di poco decorose barzellette. La maggiore fiducia va quindi data alla istituzione della sala anticeltica per ogni reggimento e distaccamento. Buoni risultati ha ottenuto con questa G. Lepri (*Giorn. di med. militare*, 1924, n. 1) in 12 mesi di funzionamento al Presidio di Pisa. Il locale ha un militare fisso, appositamente istruito, e rimane aperto dall'ora di libera uscita fino a mezz'ora dopo la mezzanotte per coloro che usufruiscono del permesso serale. È munito di lavandino e di orinatoio ad acqua corrente, di sapone, di cotone in falde; come materiale profilattico, si usa la soluzione idroglicerica di protargolo e la pomata al timolo-calomelano di Metchnikoff-Gauducheau. Grande importanza annette l'A. al riscaldamento dell'acqua, necessario per i mesi invernali, poichè in mancanza di acqua calda le manovre di detersione non si compirebbero da nessuno. Egli ha ideato un ebollitore-termos in rame ed alpacca, in cui lo strato coibente è fatto con cotone zaffato a forza; due litri di acqua vengono con esso riscaldati in 17 minuti col consumo di 57 cmc. di petrolio e la spesa di circa 13 centesimi; dopo sei ore l'acqua ha ancora la temperatura di 34°.

Dalle statistiche riportate, risulta che su 416 militari che hanno eseguito la profilassi *post-coitum*, si ebbe un solo caso di blenorragia in uno che si era presentato sei ore dopo; invece si ebbero 7 casi di sifilide, 8 di blenorragia e 7 di ulceri veneree in soldati che non eseguirono la profilassi.

Può anche darsi che tali risultati siano dovuti in gran parte alla lavanda calda con acqua saponata e non all'uso dei disinfettanti; anche la prima però entra nelle pratiche profilattiche e niente di meglio che integrarla con l'uso di disinfettanti. Comunque è questa la dimostrazione dell'efficacia profilattica delle sale anticeltiche, che servono anche come un buon mezzo di propaganda. *fil.*

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione; vedi fasc. 24*).

	Lire
Dott. Baldassarri Luigi, Firenze	30
Dott. Maffei Rodolfo, id.	20
Dott. Zattoni Quirino, S. Piero in Bagno	25
Dott. Paoli Paolo, Fiesole	20
Dott. Gonnelli Luigi, Castelfranco di Sotto	25
T. Col. M. Audisio Pietro, Genova	129
Magg. M. Bruni Nicola, Firenze	100
Cap. M. Costa Augusto, Genova	90
Ten. M. Bruzzi Giovanni, Parma	60
Ten. M. Pavone Giuseppe	60
Prof. Canali Leonida, Parma	25
Dott. Casoli Umberto, id.	10
Dott. Pariset Fabio, id.	10
Prof. Ricca Silvio, Genova	100
Dott. Borgi Giov. Dante, Montecarlo (Lucca)	5
Dott. De Marzo Vincenzo, Firenze	20
Prof. Lusena Gustavo, Genova	120
Dott. Parodi Arturo, id.	20
Dott. Geva Vincenzo, Ventimiglia	60
Dott. Sovali Augusto, Spezia	20
S. Ten. M. Pellicini Ferrante	60
Dott. Mastrobono Luigi, Firenze	15
Dott. Gherardi Enrico, id.	15
Dott. Torti Amleto, Riomaggiore	15
Dott. Minetti Rinaldo, Rossiglione	50
Sez. Toscana Federazione Italiana Medici Infortunisti	200
Dott. Brentani Antonio, Tredozio	100
Dott. Agnese Giuseppe, Calice Ligure	10
Dott. Corradini Monaco Guglielmo, Genova	20
Dott. Moriconda Paolo, Roma	25
T. Col. M. Ghidoli Enrico	120
Magg. M. Selvi Giovanni	100
Cap. M. Pigati Giovanni	80
Scuole Applic. Sanitaria Militare:	
S. Ten. M. Bertone Giuseppe	50
S. Ten. M. Messina Alfredo	50
S. Ten. M. Spina Rosario	50
S. Ten. M. Rosi Osvaldo	50
S. Ten. M. Nicastro Arturo	50
Prof. Torrigiani Camillo	100

(*Continua*).

CONCORSI.

Posti vacanti.

Alessandria. — Condotta suburbana (S. Michele); vedi fasc. 23. Scad. 30 giugno.

Bergamo. *Ospedale Maggiore.* — A tutto il 30 giugno; quattro assistenti. Vedi fasc. 24.

Camino di Codroipo (*Udine*). — A tutto il 15 luglio; L. 7500 e tre quinq. dec. Indenn. cavallo (obbligatorio) L. 3000. Indennità temporanea caro-foraggio e caro-viveri di legge. L. 500 uff. san. Civile abitazione verso annuo fitto di L. 500. Tassa di ammissione L. 50,15.

Castelnuovo Val di Cecina (*Pisa*). — Per Montecastelli (ab. 823 con 10 fam. ritenute povere). L. 8000 e aumenti di 1/10 ogni quadriennio. Cav. L. 2000. Per gli abbienti tariffa approvata dal Consiglio Prov. San. Vaglia di L. 50,15 al Tesoriere comunale. Scad. 10 lug.

Cremona. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Un medico aggiunto; due chirurghi aggiunti; direttore del gabinetto di radiologia. Vedi fasc. 23. Scad. ore 18 del 30 giugno.

Foligno (*Perugia*). *Congregazione di Carità.* — Direttore medico primario dell'Ospedale San Giov. Batt. A tutto il 30 giu. Vedi fasc. 24.

Nigoline (*Brescia*). — Consorzio. Ab. 2065 di cui 200 circa pov.; estens. kmq. 10; L. 7000 stip., L. 1000 mezzo trasp. senz'obbligo cavallo; L. 300 uff. san.; c.-v.; compless. L. 10,700. A tutto 30 giu.

Novalesa (*Torino*). — Scad. 30 giu. L. 6400, primo c.-v., salvo i miglioramenti dipendenti dall'applicaz. dell'art. 34 del R. D. 30 dic. 1923, numero 2889.

Sassoferrato (*Ancona*). — 1ª condotta; L. 8000 temporaneam. iniziali, L. 2400 trasp., c.-v. come impieg. comun. Età lim. 40. Scad. ore 15 del 28 giugno.

Sperlinga (*Catania*). Scad. 30 giu. Vedi fasc. 24.

Venezia. *Ospedale Civile.* — Direttore dell'Istituto anatomo-patologico. Biennio di prova. Età lim. 45; ufficio fino a 65 anni. L. 20,000. Documenti al Protocollo non oltre le ore 17 del 10 lug. Serv. entro un mese. Chiedere annunzio. Vaglia postale di L. 50 intestato al tesoriere.

Volterra. *Congregaz. di Carità.* — Medico assistente per le Colonie Agricole del Manicomio di S. Girolamo, in numero di 5, distanti dalla sede centrale 6-10 km. Scad. 30 g. dal 5 giu. Età massima 45. L. 10,500 e 5 quadrienni decimo; c.-v. in L. 200 mens. complessive, riducibili a L. 165 se il nominato sarà celibe. Alloggio illuminato e riscaldato per sè e fam., senza mob. L. 2000 per servizio continuativo e residenza in campagna. Serv. entro 15 giorni. Chied. annunzio.

Nell'Ospedale Civile di Venezia sono disponibili alcuni posti di medico praticante con eventuale assegno di L. 300 mensili ove ricevano qualche incarico. Scrivere o inviare domanda alla Direzione Sanitaria.

Dottore laureato, pieni voti, pratico ospedale e condotta, perfezionato in Clinica Ostetrica, Pediatrica ed Igiene cerca interinato, giugno-luglio a buone condizioni. Scrivere dott. De Luca - Tarquinia (Roma).

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Piandimeleto (Pesaro).

Concorsi a premio.

Bologna. *R. Accademia delle Scienze.* — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

Bologna. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Premio Umberto I. Vedi fasc. 11. Scad. 31 dicembre 1924.

Milano. *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.* — Due premi della Fondazione Fossati. Scadenza ore 15 del 1° apr. 1925 e ore 15 del 31 dic. 1926. — Premio della Fondazione Ernesto De Angeli. Scad. ore 15 del 31 dic. 1926. Vedi fasc. 17.

Milano. *Municipio.* — Due premi della Fondazione dott. A. Beretta. Vedi fasc. 15. Scad. ore 12 del 28 feb. 1926.

Modena. *R. Università.* — Premi Riccardo Luzzatto e Alfredo Simonini. Vedi fasc. 19.

Roma. *Reale Accademia dei Lincei.* — Due premi offerti dall'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale; vedi fasc. 24. Scad. 30 settembre 1926.

Roma. *Associazione Italiana per l'Igiene.* — La Associazione Italiana per l'Igiene, Organo nazionale per la Propaganda, bandisce dei concorsi con premi in danari per la trattazione di alcuni temi riguardanti argomenti contenuti nel programma di insegnamento dell'igiene nelle scuole elementari. Il concorso è libero a tutti, medici, maestri e cultori dell'igiene in genere. Chiedere il programma particolareggiato del concorso al Segretario della Associazione per l'Igiene: via Veneto, 96 - Roma (25).

Torino. *R. Accad. di Medicina.* — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

In esito al concorso per primari chirurgi negli Ospedali Riuniti di Roma sono risultati: 1) Antonucci prof. Cesare; 2) Egidi prof. Guido. Rallegramenti ai due valorosi sanitari.

Pel concorso al premio biennale «Francesco Dessy» bandito presso la facoltà medica del R. Istituto di studi superiori in Firenze per una memoria che trattasse di anatomia o di istologia normale, di fisiologia o di igiene, è stato, dalla commissione nominata da detta Facoltà e presieduta dal professore Giulio Chiarugi, proclamato vincitore per gli anni 1923-24 il dott. Adolfo Massazza, assistente effettivo all'Istituto di Fisiologia e volontario alla Clinica Neuropsichiatrica della R. Università di Genova.

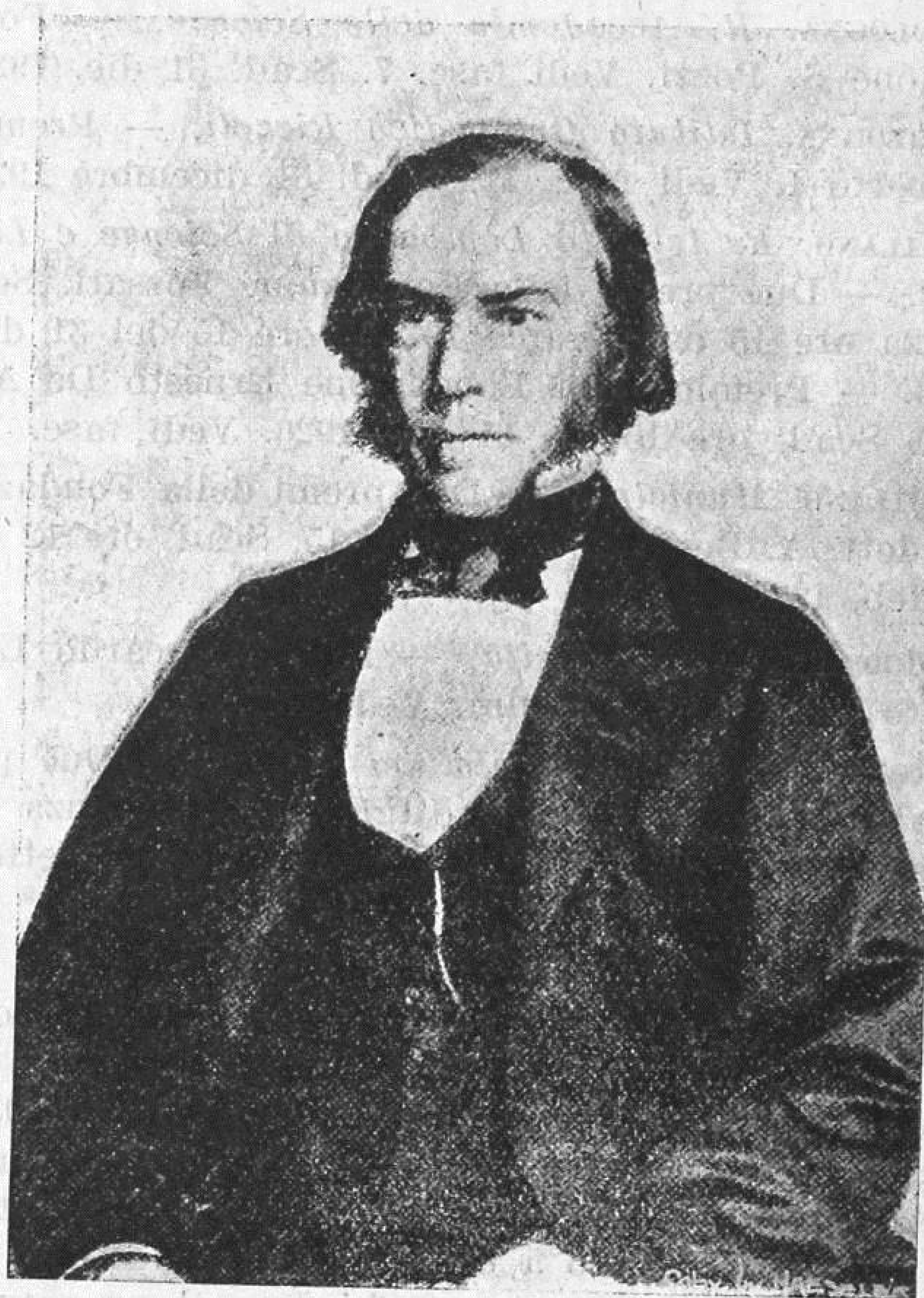
L'Università di Parigi ha conferito il titolo di professore *honoris causa* a S. Ramon y Cajal di Madrid.

La città di Varsavia, patria della signora Curie, ha conferito all'illustre scienziata il titolo di cittadina benemerita.

Il dott. cav. Ugo Venere di Eugenio è stato decorato della medaglia di bronzo al merito della Sanità Pubblica.

PROFILI.

Carlo Edoardo Brown-Séquard.



Il creatore della moderna opoterapia nacque nell'Isola Maurizio (Africa orientale) il 1818, da padre americano di nome Brown e da madre francese di nome Séquard. Egli divise poi quasi tutta la sua esistenza tra la Francia e l'America.

Conseguì la laurea in medicina a Parigi, nel 1846. Subito dopo iniziò la sua intensa attività scientifica e professionale. Dopo alcuni anni di esercizio libero a Parigi, si recò in America, ove rimase poco, per tornare in Francia e di lì recarsi a Londra dove prestò servizio negli ospedali e cominciò a consacrarsi, con successo, alla neurologia. Nel 1864 fu chiamato in America, quale professore di neuropatologia all'Università Harward. Nel 1869 accettò una cattedra alla *École de Médecine* di Parigi; ma quattro anni più tardi lo ritroviamo a New York. Nel 1874 accettò di succedere a Claude Bernard, sulla cattedra di fisiologia al *Collège de France,* e ivi rimase fino alla sua morte, avvenuta nel 1894.

Gli dobbiamo contributi veramente fondamentali nel campo della neurologia e della fisiologia. Ad esempio, egli dimostrò l'incrocio delle fibre sensitive nel midollo spinale e il suo nome resta legato alla *sindrome di Brown-Séquard,* in cui, per una emilesione del midollo (da traumi o da tumori, gomme, tubercoli, ecc.) si determina una emiparaplegia con parestesia crociata (paralisi motoria dell'arto inferiore dello stesso lato e paralisi sensitiva dell'altro arto). Ne stabilì anche i sintomi collaterali e le varianti (forme complete e incomplete). Brown-Séquard ha fatto progredire anche le nostre conoscenze sul meccanismo del calore animale. La sua celebre comunicazione alla *Société de Biologie,* nella seduta del 1° giugno 1889, segna il fondamento dell'endocrinologia e dell'organoterapia: egli aveva raggiunto allora la rispettabile età di 72 anni. Eseguì sopra se stesso le iniezioni di estratto testicolare (filtrato attraverso candela Chamberland in apparecchio d'Arsonval); esse avrebbero determinato una serie di benefizi (nell'appetito, nelle funzioni intestinali, nell'attitudine al lavoro fisico e mentale, nelle funzioni genesiche). Brown-Séquard venne volto in ridicolo dalla stampa quotidiana; anche gli studiosi compresero solo molto lentamente come queste ricerche costituissero una parte di una vastissima opera sperimentale, che doveva essere suscettibile di ampli sviluppi.

Brown-Séquard aveva idee straordinariamente chiare sulle secrezioni interne; ciò risulta, ad esempio, dal seguente passaggio di un suo lavoro, pubblicato nel 1891 in collaborazione con d'Arsonval:

« Noi ammettiamo che ogni tessuto e più generalmente ogni cellula dell'organismo segreghi... certi prodotti o fermenti speciali che... influenzano tutte le altre cellule del corpo; viene a stabilirsi così una solidarietà definita fra tutte le cellule, mediante un meccanismo diverso da quello del sistema nervoso..... Tutti i tessuti (glandole od altri organi) hanno una secrezione interna speciale e per tal modo, dànno al sangue qualcosa di più che i prodotti di rifiuto del metabolismo. Le secrezioni interne, per azione diretta o impedendo processi dannosi, sembrano essere di una grande utilità nel mantenere le condizioni normali dell'organismo ».

L'organoterapia è dunque opera non fortuita di uno scienziato di eccezionale valore. R. B.

NOTIZIE DIVERSE.

Le onoranze al prof. Tito Gualdi.

Il 16 giugno si riunirono nella sala dell'Ordine dei medici di Roma, i medici comunali e gli addetti all'Ufficio di Igiene, per un tributo di affetto al loro Capo, che da qualche mese venne collocato a riposo. Parlarono: il prof. Pecori, che ora regge l'Ufficio di Igiene, il prof. Gallenga, presidente dell'Ordine dei Medici, il dott. Trulli per i medici condotti, il dott. Barberi chimico municipale, il sig. Galli per gli Ispettori di Igiene, il prof. Piperno e l'ex-assessore per l'Igiene prof. Villetti, dimostrando di quanto affetto, di quanta gratitudine, di quanta stima circondino sempre il loro antico Capo, che eccelse per la sagacia con cui diresse per un trentennio il difficile ufficio e per i preziosi insegnamenti che egli diffuse largamente.

Rispose a tutti, visibilmente commosso per la spontaneità della dimostrazione, il prof. Gualdi con un elevato discorso, in cui mise in rilievo la preziosa opera dei suoi collaboratori e la necessità che oggi l'Igiene non consista più solo nell'opera di polizia sanitaria, ma piuttosto nella diffusione della coltura igienica che deve penetrare in tutti gli ambienti.

Al prof. Gualdi venne regalato un anello, simbolo della fede che unisce sempre a lui i suoi antichi dipendenti e collaboratori. Ed al plauso di questi si unisce il «Policlinico» per l'opera sua come Ufficiale Sanitario di Roma, con l'augurio che il suo efficace insegnamento e la sua vasta dottrina siano ancora per lunghi anni una guida sicura per i cultori dell'Igiene.

Nella Facoltà Medica di Roma.

La Facoltà Medica di Roma, riunitasi per discutere sulla destinazione di due nuove cattedre di ruolo di cui è venuta a disporre, ha stabilito con votazione quasi unanime che esse siano destinate alla Batteriologia ed alla Parassitologia.

Con ciò la Facoltà di Roma ha voluto dare stabile assetto a due insegnamenti che venivano proficuamente impartiti, a titolo di incarico, da oltre venti anni nell'Istituto d'Igiene di Roma.

I due insegnamenti continueranno ad essere tenuti nell'Istituto d'Igiene, sotto la cui Direzione funzioneranno; si verrà così a stabilire un importante centro scientifico, volto precipuamente allo studio delle malattie infettive e parassitarie.

Il Congresso italiano d'idrologia.

L'annunziato XV Congresso italiano d'idrologia, climatologia e terapia fisica si è svolto con largo concorso d'intervenuti, ad Abbazia, nei giorni 5-9 giugno.

I lavori si sono susseguiti ininterrotti, sotto la direzione del prof. Devoto, presidente dell'Associazione Medica Italiana d'Idrologia, del prof. Castiglioni, presidente del Comitato organizzatore, e col concorso del comm. Rebucci, presidente della Associazioni fra le Stazioni di cura.

A sede del prossimo Congresso è stata designata per acclamazione la città di Montecatini.

Daremo prossimamente un breve resoconto dei lavori.

Questi sono stati intramezzati da gite e trattenimenti.

I Congresso italiano di Eugenetica.

Avrà luogo a Milano dal 20 al 23 settembre sotto la presidenza dei proff. sen. Ernesto Pestalozza, sen. Luigi Mangiagalli, Icilio Boni e Corrado Gini. Chiedere informazioni al dott. Enrico Moretti, segretario della Reale Società Italiana d'Igiene, via S. Paolo 10, Milano.

Il 34° Congresso della Società tedesca di Medicina interna.

È stato tenuto a Bad Kissingen dal 21 al 24 aprile ed inaugurato con un discorso del Presidente Matthes sui cambiamenti del pensiero medico nei tempi odierni.

Dei lavori più significativi di tale Congresso, a cui parteciparono circa 900 medici, daremo notizia prossimamente.

Il Sanatorio popolare di Ancarano.

L'8 giugno si è inaugurato in Ancarano, presso Trieste, il Sanatorio Popolare per tubercolotici «Generale Petitti di Roreto», sorto per iniziativa ed a cura dell'Opera Nazionale per l'Assistenza agli Invalidi di guerra, con fondi elargiti in prevalenza dalla cittadinanza di Trieste.

La cerimonia ha assunto molta solennità; essa ha segnato il compimento di un'opera utile e nobilissima, intrapresa con fede e riconoscente amore, e intesa ad alleviare tanta sofferenza ereditata dalla guerra.

Il Sanatorio di Ancarano sorge a mezzogiorno della fiorente penisoletta che divide Trieste da Capodistria, sopra un podere esteso 78 ettari, il quale abbraccia un tratto di spiaggia sabbiosa e comprende brani di boschi e campi coltivati. Eretto nel 1900 per opera della Società contro la tubercolosi, che non potè portarlo a termine per mancanza di fondi, nel 1912 passò in proprietà alla Cassa Distrettuale per ammalati di Trieste. Nei ventitrè anni di sua esistenza, fu gradatamente sviluppato e migliorato. Comprende attualmente un padiglione per convalescenti a monte, due padiglioni a mare: il tutto con refettori, cucine, giardini, ecc.; un bagno a spiaggia, una completa Azienda di produzione agricola con vaccheria e porcile, pascoli, alcune case coloniche, boschetti con strade alberate: tutto un complesso di edifici, costruzioni e colture che lo rendono un Sanatorio perfetto e fra i meglio organizzati. È fornito di 250 letti, ma è passibile di ulteriore sviluppo.

Nuovo Dispensario antitubercolare milanese.

Il 1° giugno l'«Associazione milanese per la lotta contro la tubercolosi», auspice il nuovo Consiglio Direttivo presieduto dal dott. comm. Enrico Villa, ha dato convegno alle autorità cittadine civili e militari, per porre la prima pietra del grandioso suo Dispensario, che sorgerà in via Ramazzini, su area donata dal Comune.

Intervennero alla cerimonia il vice-direttore generale della Sanità pubblica comm. Messea, il prefetto gen. Nasalli-Rocca, il medico provinciale comm. Pampana, il presidente del Tribunale, i

rappresentanti del Corpo d'Armata, dell'autorità ecclesiastica, del Comune, ecc.

Parlarono il comm. Villa, oratore ufficiale, il comm. Messea, il prof. Bertazzoli, l'on. Lanfranconi ed altri; mons. Buttafava benedisse la prima pietra nella quale fu murata, con l'opera di un mutilato di guerra, un'artistica pergamena, che reca le firme delle autorità intervenute.

Ispettorato dell' industria e del lavoro.

Un R. decreto-legge del 30 dic. 1923, n. 3245, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 63 del 14 marzo 1924 riordina l'Ispettorato dell'industria e del lavoro.

Alla Scuola Medico-Periziale Giudiziaria e delle Assicurazioni Sociali.

A Genova il 28 del mese u. s. il prof. G. G. Perrando, ordinario di medicina legale, tenne la lezione di chiusura alla Scuola Periziale, da tre anni istituita nella R. Università, con Decreto 20946, e secondo le finalità dell'art. 209 del nuovo Codice di P. P. L'O. constatò il crescente successo della Scuola, sorta con plauso del Consiglio Superiore, e con ausilio dei Ministeri della Giustizia e della Istruzione. Svolse poi il tema della lezione: «la Revisione delle moderne Basi Biologiche in applicazione al Diritto e alla Legislazione».

A lezione finita fu offerta una medaglia d'oro al benemerito e illustre Maestro della Scuola Medicolegale genovese, in occasione del XXV° suo anno d'insegnamento, presenti la magistratura, le Facoltà, il foro, e la studentesca di legge e di medicina. Parlarono il procuratore del Re, i professori Carrara di Torino e Moriani di Bologna e altri; aderirono autorità, colleghi, amici, e tutte le Facoltà delle Università del Regno.

Propaganda igienica.

Il 22 maggio il dott. Adelchi Zambler ha chiuso il suo corso d'igiene agli insegnanti dei circoli didattici di Piazzola sul Brenta e di Grantorto Padovano; vi assisteva il provveditore agli studi del Veneto. In questa occasione gl'insegnanti vollero offrire un banchetto all'insigne sanitario. L'Amministrazione comunale di Piazzola offrì agli intervenuti un rinfresco.

* * *

Inviata dal Ministero della Pubblica Istruzione, la dott.ssa Elena Fambri ha tenuto a Milano, nella palestra delle scuole di Porta Romana, una conferenza su *Igea vittoriosa.* Vi assisteva un fitto pubblico composto in prevalenza di maestri e maestre, i quali hanno potuto apprendere dalla gentile conferenziera in qual modo e a quali sussidi essi possono ricorrere per rendere veramente efficace lo svolgimento di quella parte della riforma Gentile che riguarda l'igiene. La dott.ssa Fambri ha dato alcuni saggi: attraverso dialoghi, scene, parabole gustose e geniali, ha dimostrato come si possa imprimere nelle menti infantili l'utilità di seguire le regole dell'igiene.

Per un sanitario benemerito.

Una commissione formata di cittadini di Gubbio appartenenti a vari ordini sociali, si è recata al Palazzo Comunale e ha consegnato al Sindaco una pergamena e una medaglia d'oro con la preghiera di conferire e l'una e l'altra al cav. dott. Giulio Lucidi a nome di parecchie centinaia di capi famiglia, che, con detti simboli d'onore, hanno inteso di dimostrare la loro gratitudine al valoroso Sanitario, che da 24 anni li cura con affettuosa e sapiente premura.

Per il desiderio manifestato dal dott. Lucidi, il conferimento della medaglia e della pergamena è stato fatto nella forma più modesta, nel gabinetto del Sindaco, e non hanno presenziato la cerimonia che il figlio maggiore del festeggiato e tutti gli impiegati del Comune; ma nondimeno la breve festa è stata significativa e commovente.

Nel bilancio dei servizi sanitari militari francesi.

Il deputato francese Morin ha proposto alla Camera dei deputati l'abolizione di numerosi ospedali militari onerosi e di utilità discutibile. Nell'Ospedale di Calais il personale di assistenza uguaglia numericamente i ricoverati; a Saint-Omer lo supera del 10 %; a Mabeuge del 37 %; l'ospedale di Sedan detiene il *record:* esso conta 25 persone tra medici, infermieri, ecc., e per la maggior parte dell'anno non ricovera nessun malato; in Algeria e altrove 49 ospedali militari reclutano la loro clientela quasi esclusivamente tra i civili. L'economia che deriverebbe da queste soppressioni importerebbe cinque milioni e mezzo di franchi all'anno.

Si è spento in età di 76 anni sir WILLIAM MACEWEN, professore reale di chirurgia all'Università di Glascow. Nel 1869 egli concepì per primo l'intubazione della laringe in sostituzione della tracheotomia: la praticò mediante un tubo di gomma elastica. Consacrò poi molti studi alle lesioni e rigenerazioni delle ossa; la sua osteotomia lineare, applicata al trattamento del genu valgum, è ancora oggi adottata; ottenne la ricostruzione dell'omero distrutto dall'osteomielite, per mezzo di autotrapianti; fu il vero creatore della chirurgia cranica: il suo «Atlas of Head Sections» è ancora oggi di molta utilità per gl'interventi sul cranio. Contribuì all'adozione del metodo antisettico e precorse od iniziò quello asettico. Le sue attitudini operatorie si rivelarono anche in campi diversi dal sistema osseo; tra le sue operazioni audaci e fortunate si conta un'exeresi polmonare, in un infermo che sopravvisse per molti anni. Coprì molte cariche onorifiche e presiedette il Congresso internazionale di chirurgia adunatosi a Londra lo scorso anno.

Una polmonite consecutiva ad un attacco d'influenza ha posto fine ad una vita prodigatasi nel lavoro.

In Italia, ove era venuto a beneficare del clima, si è spento sir MALCOLM MORRIS, consulente dermatologo al St. Mary's Hospital di Londra.

Contava 75 anni. Del suo Manuale delle malattie della pelle si sono susseguite le edizioni: ultimamente ne aveva visto la luce la 7ª. Egli dette un potente impulso al «British Journal of Dermatology» sul quale pubblicò numerosi contributi alla finsenterapia, definì il problema diagnostico degli eczemi, ecc., ecc.

La sua attività si è svolta anche nel campo editoriale: fu consulente della casa editrice Cassell ed i suoi giudizi sui libri sottoposti al suo esame erano tanto sicuri, che il suo assenso equivaleva ad una fama di celebrità: quasi tutti gli autori dei libri di cui Morris ebbe ad accettare la pubblicazione divennero presto personalità spiccate. La sua vasta coltura gli consentì di affrontare anche molti problemi d'igiene pubblica. Ed ultimamente lo indusse a pubblicare, in collaborazione col prof. F. Langmead e col dott. G. Holmes e col concorso di molti studiosi, un «Dizionario di medicina pratica», già tradotto in spagnolo. Talento enciclopedico, seppe mettere questa sua qualità a profitto degli altri.

A 67 anni è morto improvvisamente il professore EUGENIO LAMBLING, che insegnava chimica organica e biologica nella Facoltà medica di Lilla.

Assai noto è il suo «Précis de Biochimie», chiaro, conciso, esatto, divenuto indispensabile nei laboratori di chimica clinica. Scrisse anche i capitoli sulla chimica del sangue, della linfa e del ricambio respiratorio nell'Enciclopedia chimica del Frémy e nel Dizionario di chimica del Wurtz. Era considerato un didatta anzichè un investigatore, un maestro anzichè uno scienziato, dotato di spirito di comprensione più che di spirito creatore; invece il Lambling costituiva una felice combinazione dei due tipi: difatti ha portato contributi originali assai importanti al dosaggio dell'emoglobina, ai metodi di esame delle feci, alle razioni alimentari, ecc.; ma la sua eccessiva modestia lo tratteneva dal mettere in valore queste ricerche. V'è di più: dotato di idee etiche purissime, fu portato ad interessarsi di quanto poteva contribuire ad accrescere il benessere dell'umanità; per questo egli divenne un divulgatore dell'igiene generale a mezzo di conferenze, in specie negli ambienti operai.

La morte ha colto questo lavoratore esemplare e benefico mentre preparava un manuale di biochimica patologica, che avrebbe dovuto costituire il complemento al suo «Précis».

R. M. B.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXXI Roma, 30 Giugno 1924 Fasc. 26

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA
REPARTO CHIRURGICO.

Emorragia acuta profusa da ulcera gastrica ed operazione di Balfour

per il dott. PICCININI UGO, aiuto.

Non consta a me che l'operazione proposta dal Balfour per la cura della ulcera gastroduodenale, cauterizzazione con chiusura ed affondamento consecutivo, sia stata mai eseguita in occasione di emorragie profuse acute che per il loro ripetersi impongano una deroga dalla condotta per solito astensionista che in tali contingenze suole seguirsi. Mi sembra quindi possa avere un certo interesse riferire un caso clinico a me occorso ed operato con esito felice e per l'arresto dell'emorragia e per la guarigione definitiva dell'ulcera.

Le emorragie che sogliono complicare le ulcere gastro-duodenali si distinguono in occulte ed in manifeste; queste a seconda della loro entità si suddividono poi in fulminanti od acutissime, in acute profuse ed in leggere. Le prime provenendo da erosione di grossi vasi, in occasione di ulcere penetranti, sono così copiose e fulminee che rapidamente conducono a morte, e sfuggono ad ogni possibilità terapeutica; le acute profuse anemizzano l'infermo e talora gravemente, ma per solito spontaneamente si arrestano; le leggere croniche, che si riconnettono con le occulte, anemizzano progressivamente, ma non presentano pericolo immediato e lasciano larga disponibilità di tempo con la possibilità quindi di quegli interventi che nei singoli casi meglio si convengono per portare alla guarigione della malattia causale.

La frequenza con cui le ulcere gastriche e duodenali danno luogo ad emorragie è variamente indicata dai singoli autori: v. Leube vide emorragie nel 46 % dei casi, Müller su 120 casi verificati all'autopsia ritrovò 35 volte emorragia, Bramwell su 156 osservazioni personali di ulcera gastrica notò ematemesi 132 volte (84.61 %) e l'ematemesi a ripetizione 86 volte. Altrettanta discordanza vi è nei dati riferentisi alla mortalità per emorragia: il Bramwell indica l'1.28 %; il Velch, Brinton, Rémond, Débove ritengono che dal 3 al 5 % dei casi di ulcera muoiono per emorragia, il che concorda con i dati offerti dal Collin secondo cui su 262 casi solo 9 morirono per emorragia con una percentuale del 4.5 %; invece il Leube ed il Joy indicano l'8 % ed il Müller l'11 % di gastrorragie mortali in portatori di ulcera.

La rarità quindi con cui nelle ulceri gastroduodenali si ha esito letale per emorragia

mentre è alta la mortalità post-operatoria (63 % Hartmann, 37 % Tuffier e Jeanne), il fatto che le emorragie profuse, se non acutissime e fulminanti, con semplice terapia medica possono in sul momento il più spesso dominarsi, la precarietà dell'intervento su individui gravemente anemizzati, la non facilità di rintracciare la sorgente dell'emorragia, le difficoltà che spesso si hanno per una buona emostasi, sono tutti fattori che hanno indotto la maggior parte dei chirurgi (Mohynihan, Mayo, Mitchel, Kütner, Lejars, ecc.) a ritenere, come già un medico, il Leube, opinava, cosa più opportuna e prudente astenersi dall'intervento chirurgico in occasione di emorragie acute profuse; pur non dovendo essere questo un dogma assoluto, poichè quando ad onta delle cure mediche alla prima grande ematemesi o melena ne seguono a breve distanza una seconda ed una terza e la vita del paziente corre alea immediata, sorge l'indicazione all'intervento. A tal proposito il Bergmann dice che non bisogna dimenticare che il 5 % di tutti i malati di ulcera muoiono di emorragia ed il chirurgo non può «rimanere inerte a guardare come un uomo perda sangue».

La emostasi locale diretta, la legatura in massa con circumsutura dell'ulcera, l'allacciatura a distanza sui grossi tronchi afferenti, la resezione dell'ulcera, la cauterizzazione o lo zaffamento dell'ulcera messa allo scoperto mediante gastrotomia, la gastro-enterostomia e la digiunostomia (Heidenhain) furono i diversi procedimenti di emostasi diretta o di cura indiretta consigliati od attuati.

***

Il caso clinico che qui riferisco rientrava nelle condizioni volute per l'intervento, emorragie gravi ripetentisi, inefficacia manifesta delle cure mediche attuate:

Fulgenzi Carlo (entrato il 30 settembre 1921, uscito il 15 novembre 1921, Sala Cappello, letto n. 28) di anni 56, falegname. Viene portato in ospedale verso le ore 16; racconta che già in precedenza e da circa 3 o 4 anni ha sofferto a varie riprese e per periodi che duravano in media due o tre mesi, di dolori allo stomaco, che comparivano vivissimi dopo il pasto; ha seguito cure mediche da cui trasse sempre giovamento. Negli intervalli pur dovendo escludere i cibi pesanti godeva buona salute. Da circa 5 mesi non avvertiva poi alcun disturbo. Bevitore modico, fumatore, ammogliato con prole, nega lues.

L'attuale malattia ha storia brevissima, in quanto il giorno innanzi nel completo benessere è stato preso da offuscamento della vista, da ronzio agli orecchi, da vertigini e sarebbe caduto se non fosse stato soccorso dai famigliari; alcun tempo dopo aveva una scarica abbondante di sangue nero, piceo; a questa prima ne seguivano altre due sempre copiose; il medico che l'ha visitato, ha prescritto riposo, astensione assoluta dal cibo e dalle bevande, vescica di ghiaccio all'epigastrio, iniezioni di ergotina, ma la debolezza ed il pallore sono andati aumentando.

E. O. Tutti i segni dell'anemia grave: pallore, stato ansioso, polso piccolo, frequente (135 al m'), atti respiratori 22.

Addome molle trattabile, solo all'epigastrio leggera contrattura delle pareti; la pressione localizzata vi risveglia lieve dolore. Rivisto dopo due ore i sintomi permangono; il senso di astenia profonda è aumentato, ha tendenza al deliquio, ha avuto un'altra scarica che presenta tutti i caratteri della melena.

Ritenendo che il rinnovarsi di una emorragia anche non grave possa portare all'esito letale, si decide l'intervento. Puntura lombare tra la 10ª e la 11ª vertebra dorsale, in decubito laterale, con introduzione di otto cgr. di novocaina, ottenendo buona anestesia. Laparotomia sopra-ombelicale. Non esistono aderenze ed è facile esplorare con la vista e con il tatto il duodeno, la regione pilorica e la faccia anteriore dello stomaco. Si segue poi la piccola curvatura e qui si rinviene in vicinanza della porzione cardiale una zona d'aspetto cicatriziale e di maggior consistenza al tatto; formando tra l'indice e il pollice una plica della parete gastrica ed esplorando metodicamente si ha a un dato momento la sensazione che il dito indice si immetta in un difetto della parete gastrica malata di forma regolarmente scodellare e grande tanto da accogliere agevolmente il polpastrello del dito che palpa attraverso la parete gastrica sana.

Non si rinvengono sul duodeno e sullo stomaco altre lesioni; si ritiene quindi di aver localizzato la sorgente emorragica e la precisa delimitazione della lesione suggerisce subito la possibilità di utilizzare il processo preconizzato dal Balfour per la cura delle ulcere gastro-duodenali come quello che meglio in tal caso si addiceva, considerando ancora la poca entità del trauma, fattore da non trascurarsi in infermo tanto grave.

Con il termo-cauterio viene causticata e distrutta tutta la zona crateriforme sede dell'ulcerazione, talchè infine risulta una perdita di sostanza grande all'incirca come una moneta da 10 cent., vecchio conio; una prima sutura chiude la breccia con punti a tutto spessore, segue un piano muscolo-sieroso. Per maggior sicurezza poi si allacciano la pilorica destra e la coronaria stomacica, rispettivamente a monte ed a valle dell'ulcera. Ipodermoclisi con adrenalina e stricnina e iniezioni di olio canforato.

Nei giorni successivi le condizioni generali andarono progressivamente migliorando, il polso pur restando sempre frequente, al disopra dei cento, divenne più valido e regolare; insino al giorno 10 ottobre si ebbe uno stato febbrile con esacerbazioni serotine che raggiunsero anche i 38°.5, che se nelle prime 48 ore poteva interpretarsi come reazione rachi-anestesica, si ritenne poi con tutta verosomiglianza, legato alla profonda anemia stabilitasi nell'infermo, non essendovi da parte dell'addome e

della ferita laparotomica nulla che potesse avvalorare l'ipotesi di una febbre suppurativa. Guarigione per prima. L'infermo veniva dimesso guarito il giorno 15 novembre. Notizie ulteriori assunte confermarono le buone condizioni di salute; mai nessun disturbo gastrico ebbe a ripresentarsi e l'infermo si riteneva guarito della sua ulcera.

Nel caso clinico riferito fu dunque possibile localizzare con relativa facilità la sorgente di emorragia e la cauterizzazione alla Balfour risultò l'intervento terapeutico più adeguato come quello che permise di arrestare l'emorragia e di curare nello stesso tempo radicalmente e col minimo trauma operatorio l'ulcera gastrica che ne era la causa.

E noto come il Balfour, avendo constatato che in un certo numero (1) di soggetti operati di gastro-enterostomia e piloro-plastica per ulcera gastro-duodenale, anche dopo la scomparsa di ogni disturbo a questa affezione riferentisi, possono presentarsi emorragie gravi, talora anche mortali, fu portato a considerare insufficienti i sopraindicati trattamenti operatori ed ad indicare la cauterizzazione come il procedimento migliore e più sicuro che mette al riparo da quella eventualità; il caso da me riferito può essere conferma indiretta della esattezza di tale concetto, e conferisce nello stesso tempo al metodo valore di procedimento ideale nella cura di emorragie in atto.

Ma possiamo noi da questo caso generalizzare ed affermare che esso valga a far modificare le norme che regolano la nostra condotta in occasione di emorragie da ulcere gastroduodenali e che comandano la attesa fidente nell'arresto spontaneo della emorragia? Non è certo questa la nostra pretesa, in quanto la relativa facilità con cui la sorgente di emorragia fu localizzata la sede favorevole dell'ulcera e la sua netta delimitazione nonchè l'assenza di aderenze furono fattori che non sempre si ritrovano e rappresentarono coefficienti del tutto favorevoli. Tuttavia noi ci sentiamo invitati alla revisione di una legge troppo severa, che qualora rigidamente adottata pone questi infermi al di là dei limiti della operabilità. A mio modo di vedere anche in queste contingenze il nostro senso critico deve intervenire e vagliare la necessità e la possibilità di un intervento; dal caso riferito restano quindi del tutto motivate le seguenti proposizioni:

1) che se l'anamnesi (elemento fondamentale già per la diagnosi generica di ulcera) ed eventuali precedenti reperti radiologici permettono di ritenere che l'ulcera si trovi in una zona relativamente accessibile (superficie anteriore del duodeno e dello stomaco, piccola curvatura) è sempre indicato l'intervento in caso di emorragia acuta profusa, specie se ripetentesi, senza far correre al malato un'alea che per quanto relativa non è per questo in un certo numero di casi meno reale.

2) che l'operazione di Balfour rappresenta in queste contingenze l'intervento di elezione e per il minimo trauma operatorio e per la perfetta rispondenza alle esigenze terapeutiche immediate e causali;

3) che anche ulcere della faccia posteriore dello stomaco, purchè non penetranti o complicate da aderenze tenaci e diffuse, possono beneficiare dello stesso trattamento, qualora opportunamente esposte, dopo apertura della retrocavità degli epiploon attraverso il piccolo omento od il legamento gastro-colico.

4) che questi infermi sopportano con maggior facilità di quello che si riterrebbe a priori interventi di simile genere, purchè lo stato anemico permanga entro i confini della redimibilità immediata e consecutiva; ed a tal riguardo oltre che del polso bisogna tener conto a mio giudizio della frequenza respiratoria, esponente dello stato e della resistenza dei centri bulbari, nonchè del deficit di irrorazione sanguigna. Nel mio malato, ad esempio, dopo due ore dalla operazione e dopo fleboclisi la frequenza respiratoria non superava i 26 atti respiratori al minuto ed io potevo avanzare sin da quel momento una prognosi relativamente fausta.

(1) Da dati desunti da resoconti della Clinica Mayo si rileva che su 2875 malati operati di gastro-enterostomia per ulcera duodenale, ebbero, emorragia consecutiva, il 12.7 % di quelli che ne avevano avuto in precedenza, con due casi mortali, ed il 2.8 % di quelli che non avevano mai avuto emorragia prima della operazione. Per 865 casi di ulcera gastrica queste cifre divengono rispettivamente l'8 % ed il 0.3 %.

BIBLIOGRAFIA.

BALFOUR (Rochester). The journal of the American medical Association, tome 73°, n. 8, 23 agosto 1919, pag. 571-575.

BERGMANN. Ediz. Ital., vol. III, pag. 274.

BRAMVELL. Clinical studies, vol. I, parte III, avril 1903.

DIEULAFOIS. Presse méd., 19 gennaio 1898.

JOY. *A study of gastrorragia*. Med. News, New-York, 1902.

LEJARS. *Chirurgie d'urgence*, pag. 413, Masson, 1921.

TUFFIER et JEANNE. *Les gastrorragies dans l'ulcère simple de l'estomac*. Revue de Chirurgie, fevrier, mars, avril 1905.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SIENA
diretto dal prof. G. BOLOGNESI.

Tre nuovi casi di impalamento del retto

per il dott. R. REDI, assistente.

La Clinica Chirurgica di Siena, sempre ricchissima di materiale, è stata particolarmente ricca di casi di *impalamento accidentale del retto*: prima il Pozzo nel 1912, poi il Regoli nel 1921, hanno descritto casi individuandone esattamente l'entità traumatica. Così oggi noi possiamo considerare le ferite da impalamento come un genere tipico di ferita che «è prodotta da corpi terminanti in forma cilindrica o conica, spesse volte aguzzi, i quali, penetrando dall'orificio anale nel retto, lo ledono sia in parte che in totalità, interessando talvolta la vescica o altri organi vicini, oppure penetrando dallo spazio perianale e continuando nella direzione dell'asse rettale, vengono in seguito a ledere il retto stesso».

Data la rarità di queste lesioni, credo opportuno aggiungere tre nuovi casi ai pochissimi (secondo il Regoli 12) che sono descritti nella letteratura: a quindici dunque sommerebbero i casi di impalamento descritti. La Clinica Chirurgica di Siena ne avrebbe avuti ben 9 di cui 5 descritti dal Pozzo, 1 dal Regoli.

La ragione di questa abbondanza di casi va ricercata, come dice giustamente il Pozzo nel fatto che la provincia di Siena, molto estesa, è di natura essenzialmente agricola, e, sopratutto perchè i coloni sono soliti usare dei pali aguzzi di legno per fissare i carichi molto ingobranti, come il fieno, la paglia, ecc.

I tre casi riguardano:

1) V. D., di anni 33, da Rapolano, colono. N. N. nel gentilizio. Il 17 luglio 1923 mentre guidava un carro carico di paglia, per una scossa del carro stesso sobbalzò violentemente andando a sedere con forza sopra un palo aguzzo che spuntava tra la paglia del carico.

Incominciò subito una notevole emorragia, talchè il ferito venne prontamente trasportato in questa Clinica Chirurgica.

All'esame obbiettivo, divaricando i glutei, si nota subito un copioso scolo sanguigno proveniente dall'orificio anale: esaminando l'ultima porzione del tubo rettale, con le precauzioni del caso, si scorge assai bene a circa 4 cm. dall'orificio anale, una ferita lacero-contusa interessante tutte le tonache del retto ed il tessuto perirettale, nella parte antero-laterale sinistra del retto stesso. Previa accurata «toilette» della ferita, si procede ad una cauta specillazione e non si ha la sensazione di penetrare in cavità, nè resulta essere stato leso il peritoneo; una siringazione praticata con una «Nélaton» dà esito ad orina limpida normale che anche all'esame chimico resulta non contenere sangue, così da poter escludere qualsiasi lesione della vescica. Il malato è assai sollevato, temp. 37.7, polso pieno 84; la ferita viene zaffata, continuando una notevole emorragia, si mette ghiaccio sull'addome per ogni precauzione e si somministrano oppiacei per ottenere la stipsi artificiale. I giorni seguenti il p. non ha avuto nessun risentimento peritoneale, è notevolmente migliorato sia di condizioni generali che di condizioni locali. Il 30 luglio 1923, il p. esce guarito.

2) S. L., di anni 17, colono, da Castelnuovo Berardenga. N. N. nel gentilizio. La sera del 25 luglio 1923, mentre scaricava da un carro dei covoni di grano, scivolò e cadde a sedere su di un palo aguzzo che sporgeva dal carico stesso: chiamato un sanitario fu da questo consigliato ad entrare in questa Clinica Chirurgica.

All'esame obbiettivo, si nota subito una ferita lacero-contusa nel tessuto cutaneo perianale di sinistra; il retto sembra integro: raccogliendo con una pinza i coaguli situati entro tale ferita, ci si accorge subito che sono commisti a materie fecali il che dimostra che il retto è stato leso. Infatti esaminando il retto si può notare una piccola ferita lacera nella sua faccia laterale sinistra, alla distanza approssimativa di circa 3 cm. dall'orificio anale. Ciò viene anche confermato dal fatto che, lavando la ferita con soluzione ipertonica di Wrigt, con un irrigatore, il liquido oltrechè riuscire dalla ferita stessa riesce anche dall'orificio anale. In questo caso il palo non è entrato nell'orificio anale, ma si è conficcato fra ischio e orificio anale, ledendo progressivamente la cute, il sottocutaneo e sfibrando in parte i mm. sfintere esterno ed elevatore dell'ano: il paziente è sollevato, temp. 38.1, polso 90. Dopo pochi giorni la fistola si chiude ed il paziente esce dalla Clinica guarito.

3) A. A., di anni 25, da Castelnuovo Berardenga, colono. N. N. nel gentilizio. Il giorno 7 agosto 1923, mentre il paziente faceva partire il carro da lui guidato, per una scossa cadeva a sedere su di un palo aguzzo situato lateralmente al carro; la famiglia lo trasportava d'urgenza in questa Clinica.

Divaricando i glutei si nota una ferita lacero-contusa situata nella regione perineale anteriore alla distanza di circa 3 cm. dall'orificio anale; detta ferita, mentre nella parte più distale dall'orificio anale interessa solamente il connettivo sottocutaneo, nella parte più prossimale interessa leggermente lo sfintere esterno: ad un esame accurato si riscontra la assoluta integrità del retto; la ferita perciò non interessa che leggermente lo sfintere esterno ed il connettivo sottocutaneo del perineo; accurata pulizia della ferita, medicatura a piatto. Il paziente parte guarito il 15 agosto 1923.

Questi tre nuovi casi, mentre non vanno ad accrescere i pochi casi di impalamento del retto in cui fu leso peritoneo e vescica, e pre-

cisamente quelli di Esmarch, Delorme, Gentil, Lenormant, nonchè quello citato dal Regoli, in cui la vescica era lesa senza peraltro essere leso il peritoneo, tuttavia sono assai interessanti perchè mostrano i diversi meccanismi per i quali il retto può essere leso.

Infatti nel caso 3° si trattava di una semplice ferita lacero-contusa del perineo, che però data la sede e l'ampiezza, aveva interessato le fibre dello sfintere esterno.

Nel caso 2° l'impalamento secondario era anche più evidente; infatti il palo aguzzo invece di entrare nel retto, aveva prodotto lateralmente all'orificio anale una ferita lacero-contusa e, continuando in direzione obliqua era arrivato a ledere il retto a circa 3 cm. dall'orificio anale, perforando il retto completamente e determinando una vera e propria fistola anale; fistola che non fu spaccata col termocauterio in primo luogo perchè la ferita si manteneva asettica ed in secondo luogo perchè non ne risultasse una insufficienza sfinterica.

Nel caso 1° la lesione era interna perchè il palo aguzzo, penetrato violentemente nel retto, seguendo una direzione obliqua, dall'indietro in avanti e dal basso all'alto, aveva leso il retto e lo spazio prerettale e quivi si era fermato. Questo fu il caso più grave, ed è per il suo meccanismo di produzione, molto simile a quello citato dal Regoli, senonchè in quello vi fu lesione della vescica con consecutiva fistola vescico-rettale, mentre nel nostro caso non vi fu nessuna lesione vescicale.

BIBLIOGRAFIA.

QUENU. *Ferita del retto per impalamento.* Acc. Med. di Parigi, Sed. 28 gennaio 1907.

SIEUR. *Un caso di impalamento con perforazione della parete ant. del retto, contusione della parete della vescica e perforazione del peritoneo.* Acc. di Med. di Parigi, 1907.

DELORME. *Ferita del retto e della vescica per impalamento.* Soc. di Chir. di Parigi, Sed. 30 gennaio 1907.

GENTIL. *Impalamento, fistola retto-uretro-vescicale consecutiva.* Lyon Chirurgical, febbraio 1913.

LENORMANT. *Un caso di ferita della vescica e del retto per impalamento.* Journal d'Urologie, n. 1, 1914.

POZZO. *Di un peculiare tipo di traumi,* ecc. Clinica Chirurgica, 1912.

DEETS. *Extraperitoneale Prählungsverletzung,* ecc. Deutsche Zeitschrift. Chir., Bd. LXXIX.

LE DENTU et DELBET. *Plaies du rectum.* Traité de chirurgie, Paris, 1908.

REGOLI. *Su le ferite da impalamento del retto.* Policlinico, Sez. Prat., 1921.

OSPEDALE CONSORZIALE DI S. ANNA IN RONCIGLIONE
Direttore e chirurgo primario
prof. R. ARMANDO SALA.

Occlusione intestinale per una rara anomalia congenita del colon trasverso - Raro incidente da ascaridi durante la narcosi

per il dott. GIUSEPPE GENTILUCCI, aiuto.

STORIA CLINICA. — P. G. di Raffaele, di anni 16, da Sutri, di professione contadino. Entra il 7 settembre 1923.

Nulla nella anamnesi famigliare. Dalla anamnesi personale remota risulta che il paziente stette sempre bene fino all'età di otto anni, quando incominciò a soffrire, a detta della madre, di stitichezza e di violente coliche addominali. Dette coliche si ripeterono periodicamente, ed erano accompagnate da notevole tumefazione addominale, da eruttazioni e da chiusura dell'alvo; duravano una mezza giornata, e cedevano a qualche clistere evacuativo o qualche purgante oleoso, con scariche di feci prima dure poi diarroiche e fetide.

Cinque giorni prima di entrare all'ospedale è caduto da una staccionata ed ha battuto la spalla destra contro un palo. In seguito al trauma la spalla si è tumefatta, ed i movimenti sono dolorosi e limitati. Contemporaneamente il paziente ha cominciato ad avvertire i dolori addominali.

Detti dolori, dalla famiglia del paziente attribuiti al trauma, sono andati accentuandosi fino a dargli la sera precedente all'ingresso all'ospedale una forte colica, con chiusura completa dell'alvo, a feci ed a gas. Preso un purgante oleoso questo è rimasto senza effetto. Attualmente i dolori sono un poco calmati ma l'alvo è sempre chiuso e da qualche ora esiste vomito. Per quanto sopra viene a farsi osservare.

E. O. — Temperatura 37,2. Polso 99. Costituzione normale. È alquanto denutrito. Cute e mucose pallide, occhiaie infossate, lingua impaniata. Il moncone della spalla destra sembra abbassato e lievemente portato in avanti.

La regione scapolare corrispondente è occupata da una bozza emisferica grande quanto una grossa arancia con cute appena arrossata, molle e fluttuante. Movimenti del braccio limitati dal dolore che risvegliano. Nulla all'apparato respiratorio e cardio-vascolare. Addome meteorico. Cicatrice ombelicale prominente. Non marezzamento venoso. Non ottusità declive. Si designano all'ispezione le anse intestinali con evidenti movimenti antiperistaltici. La maggiore dilatazione delle anse si ha nella fossa cecale dove il suono è nettamente timpanico. Milza e fegato sembrano nei limiti. Reazione di Sgambati nettamente positiva.

L'esame radioscopico rivela integrità dello scheletro e dilatazione del tenue, del ceco e del colon ascendente. Si fa diagnosi di occlusione intestinale al livello del colon e si interviene di urgenza.

Operazione (prof. Sala) il 7 settembre 1923. Etero-narcosi regolare, previa lavanda gastrica. Laparotomia sottombelicale mediana che

si prolunga poi per necessità in alto. Si trova il ceco e tutte le anse dell'ileo enormemente distese con essudato liquido torbido nel cavo peritoneale; non si vede l'omento. Risalendo con la mano il colon ascendente si sente che questo è strozzato in un occhiello della radice del mesenterio dell'ileo, sotto il quale passa il colon trasverso, proprio al livello della linea mediana. Sicchè si trova che la metà sinistra del colon è completamente vuota. Si recide una briglia mesenterica che sembra essere la vera causa dell'inginocchiamento del colon trasverso. Attraverso l'orificio dell'anello si porta a destra una parte o meglio l'angolo splenico del colon, che coperto da una membrana pericolica è inginocchiato a canna di fucile. Recisa questa si vede che comincia a passare aria e contenuto nel colon sinistro, ma per maggiore sicurezza si esegue una ileo-colon anastomosi latero-laterale tra l'ultima ansa dell'ileo ed il colon discendente, isoperistaltica, a due piani in filo fine di refe.

In questo momento il paziente diventa cianotico ed ha conati di vomito e presenta segni di occlusione delle vie aeree. Si chiude il piano peritoneale ma il bambino è apnoico con paralisi respiratoria. Aperta la bocca si vede che un groviglio di ascaridi ha occluso trachea e faringe ed alcuni fuoriescono dal naso. Si arrovescia la testa, si estraggono gli ascaridi, respirazione artificiale ed inalazione di ossigeno. Il malato riprende, ma le sue condizioni persistono talmente gravi che si chiude la breccia operatoria ravvicinandone i margini con cinque punti sul rullo a tutto spessore. Iniezione di adrenalina ed ipodermoclisi.

L'ano si apre dopo ventiquattro ore. Persiste dolenzia all'addome.

10 settembre 1923. Migliorate le condizioni dell'infermo, previa anestesia locale, si incide la bozza soprascapolare, con fuoriuscita di abbondante liquido purulento tenue. Drenaggio.

13 settembre 1923. Etero-narcosi regolare. Si esegue la ricostruzione dei piani sulla ferita operatoria addominale. poichè come si è detto precedentemente, per le condizioni dell'infermo, si era chiuso solo il peritoneo e serrata la parte con i punti sul rullo.

Decorso post-operatorio febbrile.

17 settembre 1923. Essendosi formato un piccolo ematoma sottocutaneo nella breccia laparotomica, si tolgono alcuni punti e la ferita va lentamente a guarigione per seconda intenzione.

7 novembre 1923. L'ammalato non ha avuto più disturbi di canalizzazione intestinale. Condizioni generali ottime. È ingrassato e ben sanguificato. Le ferite operatorie sono completamente chiuse.

*
* *

Credo che non valga la pena stare qui a riferire quanto è scritto nei comuni Trattati e Riviste Mediche su molteplici e svariati agenti patogenetici dell'occlusione intestinale. Nel caso nostro è evidente l'agente dell'occlusione nella presenza di una membrana pericolica che produceva l'inginocchiamento del colon nel suo angolo splenico. Ma una importanza non minore va attribuita alla particolare e rara disposizione anatomica per la quale il colon passava sotto la radice del mesenterio come attraverso un occhiello. Per quanto abbia cercato nella letteratura non mi è riuscito di trovare traccia di una tale disposizione anatomica.

Essa indubbiamente va riferita ad un'anomalia di sviluppo dell'intestino e più precisamente ad una deviazione nel senso della torsione dello intestino primitivo. Sappiamo infatti dall'Embriologia che, in un primo tempo dello sviluppo, il tubo endodermico da cui poi si sviluppa l'intestino occupa nell'embrione una posizione mediana e verticale. Esso ha la forma di un'ansa, con la concavità rivolta indietro alla colonna vertebrale e l'apice dell'ansa corrispondente all'inserzione del canale vitellino. Delle due branche dell'ansa, parallele fra loro, la branca superiore è destinata a formare l'intestino tenue, e la branca inferiore l'intestino grosso. Nell'ulteriore sviluppo embriologico «l'ansa così costituita si torce su sè stessa, in modo che la branca inferiore diventa superiore incrociando dal davanti l'altra a cui fino a questo momento era parallela. Il grosso intestino si dispone così in avanti dell'intestino tenue... A partire da questo momento, comincia a disegnarsi la disposizione propria dell'adulto ed il grosso intestino forma una specie di curva in cui sono compresse le anse dell'intestino tenue» (Testut). Contemporaneamente la lamina mesodermica che costituirà il mesentere segue la torsione dell'intestino, in modo che la radice del mesenterio viene a trovarsi indietro del colon, fra il tenue e la colonna vertebrale. Nel caso nostro vi è stata nello sviluppo embriologico una deviazione dell'ansa dell'intestino primitivo, per cui la branca inferiore dell'ansa (intestino tenue), diventa superiore incrociando l'altra dal di dietro. Il grosso intestino è venuto così a trovarsi indietro del tenue ed al disotto della radice del mesenterio che unisce il tenue alla colonna vertebrale. Ed è stata appunto questa anomala disposizione anatomica che ha favorito dapprima le coliche periodiche cui il paziente andava soggetto ed infine ha contribuito a determinare l'occlusione.

Circa il trattamento terapeutico, riconosciuta la causa dell'occlusione nella presenza della membrana pericolica e della briglia mesenteriale e nell'anomalo passaggio del colon

sotto la radice del mesenterio, non si poteva ammettere che la recisione delle briglie fosse sufficiente al completo e duraturo ristabilimento della canalizzazione dell'intestino, per quanto una volta questa recisione praticata si potesse osservare *de visu* il passaggio di aria e di contenuto intestinale nel colon sinistro. Due metodi erano da seguire: primo recidere il colon trasverso in corrispondenza dell'occhiello fatto dalla radice del mesenterio, per ristabilirlo poi nella sua continuità al davanti del mesenterio e del pacchetto del tenue, in modo da ridargli la sua normale posizione; secondo procedere ad una anastomosi fra l'ileo ed il colon discendente. Si preferì questa seconda via perchè il colon era quasi sprovvisto di mesocolon, cosicchè molto difficilmente si sarebbe riusciti ad allontanarlo dalla parete posteriore della cavità addominale. E che l'intervento terapeutico abbia avuto la sua efficacia lo dimostra il fatto che non solo l'intestino si è subito ricanalizzato, ma a due mesi di distanza il soggetto sta benissimo e non ha più disturbi di canalizzazione.

***

L'incidente da ascaridi durante la narcosi, per quanto diventasse ad un certo punto di una tragicità impressionante e fosse superato solo per virtuosità e sangue freddo dell'operatore, costituisce più che altro un elemento di curiosità. La migrazione degli ascaridi nelle vie respiratorie oltre che nelle altre vie è ormai ben conosciuta perchè vi si debba insistere. Per quanto all'intervento chirurgico abbia preceduto la lavanda gastrica, noi crediamo che la migrazione degli ascaridi nelle prime vie digerenti e nelle prime vie aeree, sia stata provocata oltre che dalle manovre operatorie nell'addome e dai movimenti antiperistaltici dell'intestino, anche dall'azione dell'etere. Gli ascaridi esaltati dall'azione di questo hanno cercato scampo nella fuga, ma non potendo uscire per le basse vie digerenti si portarono verso la bocca e quindi nelle prime vie aeree producendo l'asfissia.

Da questo incidente si può trarre una deduzione pratica di ordine terapeutico. Poichè nelle campagne l'elmintiasi è estremamente frequente, tanto che nel nostro ospedale si può dire che non osserviamo malati che non presentino elminti, e visto che gli elminti possono esporre a seri pericoli durante la narcosi, noi reputiamo una buona misura profilattica negli interventi di elezione se non di urgenza, di procedere subito ad una cura antielmintica.

BIBLIOGRAFIA.

CERUTI. *Occlusione intestinale da membrane pericoliche*. Policlinico, Sez. Pratica, fascicolo 47, anno 1923.
PACCHINI. *Ptosi splenica e sindrome occlusiva intestinale*. Policlinico, Sez. Pratica, fascicolo 28, anno 1923.
WILKIE. *Sull'occlusione intestinale acuta*. Lancet, 1922; Policlinico, Sez. Pratica, fasc. 42, anno 1922.
GOLDSTEIN. *Sarcoma primario dell'appendice*. Policlinico, Sez. Pratica, fasc. 8, anno 1921.
TESTUT. *Anatomia umana*.
EICHORST. *Patologia medica*.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI PIACENZA
SEZIONE MEDICINA DONNE
diretta dal primario dott. CARLO ZANETTI.

Iniezione intracardiaca di adrenalina in un caso di shock da pneumotorace artificiale

per il dott. ALFONSO CERVINI, assistente.

L'applicazione dello pneumotorace artificiale è abbastanza facile e, specialmente i rifornimenti, sono alla portata di ogni medico pratico, come lo dimostra la larga diffusione di tale metodo di cura in vista dei buoni risultati che esso dà, a preferenza di altri, quando può essere applicato.

È bene tuttavia tener sempre presente che nelle prime introduzioni possono accadere, per quanto di raro, incidenti, sempre spiacevoli, e che talora possono essere anche rapidamente mortali. Tali fatti (deliqui, embolie, eclampsia pleurica, shock) avvengono talora perchè non si segue una tecnica rigorosa e prudente e a tale proposito notiamo tutte le variazioni per essa proposte: abolizione della spremitura nell'occlusione dell'ago — aspirazione invece della spremitura — ago di sicurezza con mandrino — iniezioni di sostanze anestetiche prima dell'introduzione dell'ago.

Ciascuno di tali procedimenti ha il suo lato buono, ma nessuno si è finora imposto perchè ogni tisiologo segue il metodo che per la propria esperienza gli riesce più facile, giudicandolo il migliore.

Talora invece possono succedere di tali incidenti per una esagerata reazione del malato, come quando si ha l'eclampsia pleurica e lo shock, malgrado ogni prudenza e perizia dell'operatore.

Ed è uno di tali casi che espongo ora brevemente per accennare al metodo di cura applicato e a cui si deve certamente la vita dell'inferma.

F. Emma, di anni 22, in condizioni generali discrete con lesione unilaterale sinistra, limi-

tata all'apice e con tendenza alle emottisi. Dopo una ventina di giorni di cura ricostituente generale, si decide di sottoporre la malata, che dà il suo consenso, alla cura Forlanini. Si procede come di consueto ad iniezione di stovaina per togliere la sensibilità alla pleura, e ai vari strati sottocutanei e quindi per evitare gli inconvenienti dovuti a riflessi pleurici.

Tale iniezione preventiva dà ottimi risultati e il dott. Zanetti che da circa 20 anni la pratica nell'Ospedale Civile di Piacenza non ebbe mai a lamentarsi di alcun inconveniente. La paziente tollera benissimo l'iniezione di stovaina e quindi si passa all'introduzione dell'ago in comunicazione col manometro dell'apparecchio Forlanini. Quando l'ago è nel cavo pleurico, siccome il manometro rimane immobile, si fanno con esso alcuni lievi movimenti di lateralità per accertarsi che la punta sia libera: sicuri di ciò e quindi sicuri di non essere penetrati in vasi sanguigni si fa leggera spremitura. In questo momento la malata si lagna di sentirsi male.

Si toglie subito l'ago; ma la donna dopo alcuni superficiali e frequentissimi movimenti respiratori si abbandona sul letto, pallidissima. Il respiro si affievolisce fino a sospendersi completamente: il polso e i toni cardiaci non sono più percepibili: le pupille si dilatano enormemente: il riflesso corneale scompare: ha perdita delle feci e dell'orina: poca schiuma compare alla bocca della paziente che compie ancora qualche movimento convulsivo colle braccia e colle gambe, quindi rimane inerte. La paziente appare morta. Si ricorre immediatamente e fin dai primi fenomeni che si susseguono in tempo brevissimo a respirazione artificiale, inalazione di ossigeno, iniezioni sottocutanee di etere, canfora, caffeina in dosi abbondantissime, ma senza alcun risultato. Si pratica allora senz'altro una iniezione intracardiaca di un cmc. di soluzione di adrenalina al 0/00 introducendo l'ago nel 5° spazio intercostale sinistro, in direzione della punta. Dopo alcuni istanti un lieve colorito compare sul volto della malata e si odono i toni cardiaci. Si procede nuovamente a respirazione artificiale e inalazione d'ossigeno e dopo breve tempo profonde inspirazioni sollevano il petto della donna, e ad esse fa seguito il polso alla radiale e un progressivo miglioramento, tanto che dopo una mezz'ora si può dire che la malata è benchè molto abbattuta, ritornata alle sue normali condizioni. Si insiste cogli eccitanti e la paziente non accusa più alcun disturbo.

Importa qui notare il valore dell'iniezione intracardiaca di adrenalina che ha certamente strappato una vita alla morte. Tale metodo, con intervento diretto sul muscolo cardiaco che 20 anni fa sarebbe stato considerato pazzesco venne con notevoli successi sperimentato in questi ultimi anni in casi di morte apparente per varie cause e specialmente in America in casi simili a quello soprariferito. Il primo ad applicarlo all'uomo pare sia stato il Van Der Velde che trattò 45 casi di malattie diverse in 12 anni: egli usò non solo adrenalina ma anche strofantina e principi attivi della digitale. Il Bodon in *The Lancet* riunisce una novantina di casi e ne cita uno personale di individuo colpito da un accesso di angina pectoris e che fu richiamato alla vita coll'iniezione nel cuore di adrenalina. Holweg nella *Münch. Med. Woch.* cita un caso di shock pleurico accadutogli durante uno pneumotorace e richiamato in vita con iniezione intracardiaca di olio canforato. In complesso si nota però che il miglior effetto si ha nelle morti improvvise in cui i vari organi conservano una certa facoltà di reazione: come sarebbero i casi di shock da operazioni sul peritoneo e sulla pleura le fulminazioni elettriche — le morti da narcosi cloroformica — le asfissie da ossido di carbonio, l'asfissia dei neonati. Nelle malattie di lunga durata o infettive gli effetti sono invece nulli o poco duraturi.

Il meccanismo d'azione è in parte di natura specifica e in parte di natura meccanica. L'adrenalina agirebbe stimolando direttamente il cuore ed ed eccitando le fibre nervose e le placche terminali del simpatico sparse nell'epicardio, miocardio ed endocardio.

Ne seguirebbe un'energica contrazione di tutto il muscolo, dilatazione delle coronarie e conseguente migliore irrorazione delle pareti cardiache. Poi avviene una contrazione generale del sistema vascolare periferico con elevazione della pressione. E che il meccanismo sia in gran parte specifico lo dimostra il fatto che i risultati ottenuti col semplice massaggio del cuore e coll'iniezione di altre sostanze cardio cinetiche (strofanto, digitale, olio canforato) non furono così sicuri e duraturi.

Sembra quasi che l'adrenalina che ha già tanta potenza tonica se iniettata nei muscoli o nelle vene, centuplichi la sua energia quando viene posta direttamente a contatto del muscolo cardiaco. Certo occorre non perdere un minuto, perchè tanto più presto si agisce e tanto maggiori saranno le probabilità che il cuore reagisca non solo, ma che riescano a ristabilirsi le correlazioni di funzione fra i vari sistemi organici, momentaneamente sospese, cioè la vita. Infatti molto incerto è il risultato di iniezioni praticate dopo 10 minuti, nullo in quelle dopo 15 minuti dalla cessazione dei battiti: nel nostro caso venne fatta 3 minuti circa dopo. Per il punto dell'iniezione alcuni preferiscono il ventricolo destro, altri il sinistro perchè in tal modo la soluzione viene immessa direttamente nel grande circolo, altri opinano che i migliori risultati si abbiano iniettando

la soluzione nel miocardio. Per la quantità è bene non iniettarne più di un cmc. per evitare contrazioni tetaniche del cuore.

Concludendo ci sembra doveroso il tentare, avendone la possibilità, nei casi di morte apparente per le cause suaccennate anche il descritto metodo di cura, che può talora rianimare una vita e in ogni caso non è mai dannoso, trattandosi di intervento fatto su organismi giudicati morti.

BIBLIOGRAFIA.

Balsamo. Policlinico, marzo 1923.
Pulvirenti. Policlinico, aprile 1923.
Curti. Policlinico, giugno 1923.
Corinaldesi. Policlinico, giugno 1923; Morgagni, dicembre 1921.
Carl Bodon. The Lancet, marzo 1923.
Von H. Holweg. Münch. Mediz. Woch., agosto 1923.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

Diagnosi differenziale tra affezioni toraciche e addominali acute.

(Z. Cope. *Brit. med. journ.*, 19 aprile 1924).

Nei primi stadi, che più interessano, in vista di un eventuale intervento operatorio, poco giovano gli esami batteriologici od ematologici, ma è di somma importanza un'accurata anamnesi ed un attento esame. Se hanno preceduto dolori colici, indigestione, diarrea o costipazione, è probabile si tratti di lesioni addominali; depongono invece per le affezioni toraciche un raffreddore o un brivido.

L'inizio col collasso depone più per una lesione addominale che per una polmonite. Salvo poche eccezioni l'inizio è afebbrile per le affezioni acute addominali, febbrile per le toraciche: però dopo qualche tempo (stadio della reazione) anche le lesioni addominali dànno febbre più o meno elevata. Fa eccezione la pielite acuta, che inizia con brivido e febbre.

Il vomito depone più per lesioni addominali, ma talora vi ha pure nelle toraciche, specie nei fanciulli.

Il vomito insistente e bilioso, il vomito iniziale, che poi cessa, e ricompare dopo qualche tempo, sono quasi certamente di origine addominale: il vomito fecoloide lo è sempre.

Il dolore, nelle affezioni addominali acute, è continuo o a parossismi, mentre nella pleurite si esacerba col respiro. Però anche il dolore dell'ulcera duodenale perforata può esacerbarsi un po' col respiro, e non di rado la colica biliare produce un'inibizione dei movimenti del diaframma.

Se un dolore che inizia nella parte alta dell'addome si diffonde alla fossa iliaca destra o all'ipogastrio, si può ritenere di origine addominale. Il dolore di origine addominale è più facile ad irradiarsi posteriormente; nelle affezioni toraciche vi è spesso dolorabilità alla pressione sul torace, e non di rado tosse.

La cianosi labiale, l'erpete, l'alitare del naso, denotano un'affezione toracica, mentre una facies pallida o livida, un'espressione ansiosa, gli occhi infossati, denotano di solito uno stadio avanzato di una lesione addominale acuta.

È rarissimo, eccezionale, che per pure lesioni addominali si abbia un movimento, sia pure appena visibile, delle pinne nasali: ciò può accadere nell'ascesso subfrenico.

Il decubito supino o gambe rialzate parla piuttosto per una lesione addominale, il decubito obliquo per una pleurite o polmonite.

La pelle secca e calda indica una ipertermia notevole, e deve indurre ad esaminare accuratamente il torace e le urine.

Un polso normale depone piuttosto per lesioni addominali: tuttavia negli stadi avanzati della peritonite il polso è piccolo e frequente.

Il normale rapporto tra polso e respiro è di 4:1; nella polmonite tale rapporto può scendere fino a 2:1. Negli ultimi stadî della peritonite si può anche avere un respiro frequente, a cagione della rigidità addominale; tuttavia allora vi sono spesso complicanze polmonari.

La rigidità persistente delle pareti addominali, o di una zona di esse, è di solito indice di lesione addominale: può aversi anche per lesioni toraciche, ma in tal caso in esplorazioni lunghe e ripetute suole cedere, mentre se è di origine addominale tende anzi ad aumentare. Le zone rigide rimangono immobili nei movimenti respiratori.

La rigidità o difesa delle pareti addominali ha certo molta importanza, ma non bisogna dimenticare che non di rado gravi lesioni addominali possono decorrere senza rigidità (es. rottura di gravidanza tubaria).

La rigidità del diaframma può dipendere sia da lesioni superiori che inferiori, quindi per la diagnosi bisogna valersi di altri sintomi.

L'A. dà importanza al dolore riflesso al moncone della spalla per la via del frenico. L'ulcera duodenale perforata provocherebbe dolore solo alla spalla destra, una perforazione della parete anteriore dello stomaco, ad ambedue le spalle.

L'iperestesia cutanea è di qualche valore diagnostico soprattutto nella zona sottombelicale: si può ammettere che ivi è sempre indice di lesione addominale.

Un dolore addominale unilaterale di origine toracica non suole dare sensibilità nell'altro lato dell'addome, al contrario di quanto accade se il dolore è di origine addominale.

La prova dello psoas, cioè la provocazione del dolore coi movimenti attivi e passivi di flessione della coscia, indica, se positiva, una lesione in prossimità del muscolo.

Così pure la prova dell'otturatorio, che si pratica rotando all'interno la coscia flessa.

Un dolore irradiato al testicolo non è mai di origine toracica.

Nei casi dubbi può essere molto utile l'esplorazione rettale, che non va mai dimenticata.

Particolare cura va posta nel rilevare i sintomi quando si sospetta la coesistenza di malattie toraciche e addominali: non bisogna però dimenticare che le complicazioni toraciche di malattie addominali non sono rare.

DORIA.

TERAPIA.

La trasfusione di sangue come mezzo emostatico.

(H. STEGEMANN. *Archiv. Klin. Chir.*, vol. 122, F. 3).

Se numerosi furono i mezzi emostatici consigliati, non meno scarse sono state le interpretazioni del loro modo di agire nell'organismo; però ogni medicamento ha subìto costantemente una parabola fatale e dopo una era di grande fortuna è poi caduto in disuso.

Sembrerebbe invece che tale sorte non fosse riservata alla trasfusione di sangue — in quantità anche poco considerevole — adoperata come emostatico. Infatti in 9 casi tale metodo fu usato con successo sempre, meno che in un caso. La quantità di sangue trasfuso variò da un minimo di 15 cc. a un massimo di un litro, prelevato, in genere, da un parente. La trasfusione fu ora indiretta e praticata con l'aggiunta di citrato sodico; altre volte diretta servendosi dell'apparecchio di Oehlecker. Si trattava per lo più di gravi e ripetute ematemesi per ulcere gastriche e duodenali. Una sol volta di emofilia.

La proposta di servirsi del sangue come emostatico non è nuova. Fin nel primo secolo dopo Cristo, Dioscoride spruzzava le ferite sanguinanti con sangue di piccione, ottenendo così il suo scopo. Nè mancò che si servì anche della via endovenosa: Dieulafoy pare sia stato il primo ad usare questo metodo con successo. D'altra parte pochi sono stati i casi in cui questa pratica fu eseguita senza risultato. È pur vero che spesso all'emostasi cooperano tanti fattori che di per sè influiscono benevolmente, quali la caduta della pressione arteriosa, l'aumento della contrazione dei vasi e della tendenza alla trombosi; ma in tutti i casi — e non sono pochi — pubblicati e raccolti nella letteratura, risalta troppo costante e troppo immediato il rapporto tra causa ed effetti perchè questa correlazione possa venr senz'altro negata. Considerata dal punto di vista teorico la trasfusione di sangue ha il fine di apportare nell'organismo malato tutte quelle sostanze che normalmente cooperano alla emostasi spontanea. Ma quali sono queste sostanze? come agiscono? Le ricerche della clinica e della fisiologia su tale questione sono altrettanto numerose quanto discordi; ma sopratutto tendono a spostare l'importanza finora assegnata alle sostanze coagulanti contenute nel sangue verso i vasi e alle loro proprietà, in quanto che l'emostasi va considerata più come l'espressione di un fenomeno attivo da parte dei vasi che non legata soltanto alla formazione di un trombo. Nei vasi di piccolissimo calibro fino ai veri capillari, la muscolare è — considerata in rapporto ai grossi vasi — straordinariamente sviluppata ed è alla contrazione di questa che è legata la trombosi. Praticando dunque la trasfusione si immettono in circolo tutte quelle sostanze che normalmente influiscono sugli endoteli e determinano la contrazione vasale. Una grande importanza spetta a questo riguardo alle sostanze derivanti dalle glandole a secrezione interna. Basta ricordare l'importanza della tiroide, della milza, delle ovaie, ed accennare soltanto alla nota azione vasocostrittrice dell'adrenalina. Ma questa influenza sulla contrazione dei vasi è comune a sostanze di ogni cellula dell'organismo. Sopratutto a quelle derivanti dalla loro disintegrazione; sono delle amine proteinogene. Per questo la trasfusione apporta direttamente i materiali necessari alla coagulazione ed agisce anche indirettamente in quanto che per tutte le inevitabili manovre, vengono ad essere distrutti alcuni elementi del sangue che nel loro disfacimento provocano la formazione di sostanze ad azione simile a quella dell'adrenalina.

Probabilmente il sangue agisce con tutti i vantaggi e difetti di un corpo proteico mobilitando ogni sostanza ad azione vaso-costrittrice. Per queste ragioni la trasfusione va fatta con giusto criterio e quindi va applicata, ad esempio, nelle emorragie capillari: viceversa non si riuscirebbe mai a chiudere con tale metodo un vaso di calibro visibile.

Maggiore difficoltà offre la risoluzione di un altro problema assai importante e cioè decidere il momento opportuno per la trasfusio-

ne. Sono importanti l'esame morfologico del sangue (eritro- leucociti, Hb, pressione, caratteri del polso), ma è decisiva sopratutto la mancanza — dimostrazione difficile invero — degli elementi indispensabili alla coagulazione del sangue. Va eseguita quindi negli emofillici, nelle diatesi emorragiche. Negli altri casi, di anemia acuta, la trasfusione va praticata soltanto quando ogni altra risorsa abbia fallito; poichè come è noto la presenza di sangue estraneo, sia pure omogeneo, nel circolo di un individuo, è legata a gravi e talora mortali pericoli. Ed anche in uno stesso individuo la disposizione può variare a seconda dei giorni e delle regioni interessate. Naturalmente si può fare anche una trasfusione profilattica, ma solo negli emofillici conclamati.

La tecnica per la trasfusione del sangue è oltremodo semplificata dopo l'uso corrente dell'apparecchio di Oehlecker, il quale consiste in una grossa siringa con un rubinetto a tre vie le quali riuniscono alternativamente la vena del donatore e del ricevente alla siringa. Il sangue viene prima aspirato dal donatore nella siringa e così misurato e poi immediatamente iniettato nel ricevente. Non occorrono nè citrato di sodio, nè vasellina.

E. M.

ODONTOLOGIA.

La profilassi ed il trattamento della piorrea.

Alla Sezione di Odontologia della *Royal Society of medicine* si è avuta recentemente una discussione sulla quale interloquirono 14 membri della Società, con lunghe comunicazioni pubblicate negli Atti (*Proceedings*) del marzo 1924.

Oratore ufficiale è stato J. G. Turner, il quale considera la priorrea come il risultato dell'attacco fatto da varî germi a bassa virulenza sui tessuti del dente e dell'alveolo; l'attacco si inizia sempre al colletto (linea cervicale) del dente; quivi e nel solco periodontale risiedono i germi. Contribuiscono a favorire l'attacco l'abbassamento delle forze vitali (condizioni di malattia, affaticamento, stasi intestinale) e le condizioni locali (contorno ed impianto dei denti) che favoriscono il ristagno dei germi e dei cibi in stretta contiguità dei margini gengivali. L'O. considera la piorrea come una malattia da sudiciume (questo è costituito dai germi e dai detriti alimentari) e ritiene che essa si avrà sempre fino a che noi continueremo a mangiare cibi fatti con la farina così finamente macinata e così appiccicaticcia. La profilassi della piorrea incomincia con lo stato di salute generale di un individuo che si nutra con cibi freschi e che abbia il tratto intestinale in buon stato di funzionamento. Il cibo non deve essere abbondante; per evitare che esso sia appiccicaticcio, si dovrebbe mangiare pane raffermo di 3-4 giorni. Di grande importanza sono l'ampiezza e la regolarità delle arcate dentali e l'evitare ogni forma di accavallamento dentario; ciò si ottiene anzitutto con la asportazione tempestiva delle adenoidi le quali provocano con la loro presenza una crescita anormale delle mascelle e la compressione laterale per la respirazione boccale. Ma l'O. è ancor più radicale nelle sue richieste. Egli ritiene che la distanza normale fra i denti debba essere tale da permettere il passaggio di un filo di lana a tre capi (*3-ply worsted*) e per ottenere questo scopo egli non esita a proporre l'estrazione del primo molare permanente all'età di 14-16 anni, avendo egli osservato che in casi di estrazione unilaterale di tal dente, nel lato corrispondente non si aveva piorrea. Sarebbe poi necessario trovare un antisettico che potesse farsi strada fra il muco, disciogliere i detriti dei cibi ed uccidere i germi aderenti al colletto; questo antisettico però non lo possediamo ancora.

Le stesse idee governano il trattamento della piorrea quando si è già stabilita, pur tenendo per certo che essa non guarirà mai e solo in qualche caso si potranno avere miglioramenti. Si dovranno correggere tutte le irregolarità, lisciare tutte le superfici ed asportare il tartaro. Dopo l'asportazione di questo, si umetterà tutto attorno il colletto dentario con batuffoletti di cotone imbevuti di soluzione debole di acido fenico, contenente del bicarbonato di sodio, applicando poi la tintura di jodio e cioè per 2-3 giorni consecutivi; in tal modo diminuisce la sensibilità delle gengive e si potrà procedere con facilità alla regolarizzazione delle superfici dentarie.

Si estrarranno poi i denti condannati sia per il tentennamento, sia per l'inaccessibilità delle sacche, sia perchè cariati. L'O. consiglia l'estrazione alternata (8-6-4-2); in tal modo i denti rimanenti, eccettuati i centrali, rimangono isolati ed accessibili alla pulizia. In seguito si cureranno le sacche e si escideranno i lembi gengivali, lasciando la radice scoperta ed accessibile alla pulizia; tale escissione però non va fatta troppo presto, poichè altrimenti si può avere infezione della ferita e perdita del dente per periodontite infettiva acuta.

Bisogna poi insegnare al paziente a pulirsi bene i denti. La parte che va maggiormente curata è il colletto del dente; a tale scopo non serve la spazzola, nè il filo di seta cerata. L'O. consiglia invece l'uso di un filo di lana a tre capi che può venire cerato per 6-8 centimetri

ad una estremità, lasciando il resto in stato da assorbire i liquidi di cui si imbeve. Se gli spazi interdentari non sono sufficentemente larghi, l'O. non esita ad allargarli in modo da permettergli il passaggio del detto filo, che può così essere mossò in senso circolare in corrispondenza del colletto. Come liquido per la pulizia, l'O. non consiglia degli antisettici, poichè lo scopo non è quello di uccidere i germi *in situ.* Basta quindi l'uso di un acido o di un alcali debole che desintegri o disciolga il muco. Ogni tre giorni il paziente si spennellerà poi il colletto del dente con la tintura di jodio debole (La *tinctura jodi mitis* della Farmacopea brittanica è fatta con jodio, joduro di potassio, acqua distillata; ana g. 25, portando poi a 1000 cmc. con alcool a 90°. *N. d. R.*). Il paziente poi dovrà imparare a pulirsi per mezzo di batuffoli di cotone le parti del dente inaccessibili al filo ed alla spazzola.

Nella discussione seguita a questa comunicazione, unanime è stato il dissenso dall'opinione di Turner circa l'estrazione sistematica del primo molare permanente ed anche circa l'estrazione alternata dei denti.

Per quanto riguarda le cause che producono la piorrea, alcuni ritengono che si tratti di cause generali; C. Keay considera la piorrea come la conseguenza della diminuzione della resistenza generale ed appoggia queste sue vedute sul fatto che la malattia si manifesta prevalentemente nell'età media anzichè in quella giovanile. F. W. Broderick ritiene che si tratti di un disturbo dell'equilibrio di acidi-basi, con un eccesso di alcali; da ciò la necessità di diminuire la quantità di alcali nell'organismo, facendo esercizi fisici e dando nella dieta pochi carboidrati, da sostituirsi invece con i grassi. Tale O. ritiene anche necessaria l'ingestione di una sufficiente quantità di acqua, mentre, specialmente nelle donne se ne introduce una quantità scarsa.

Fra le cause locali della piorrea, H. Baldwin ritiene che sieno da escludersi il tartaro e la malformazione delle arcate dentarie. Diversi OO. ritengono che siano invece da incolparsi i microorganismi, i quali trovano nella bocca le migliori condizioni di vita (W. Hern); fra i microorganismi sarebbero da annoverarsi il Micrococcus catharralis, lo stafilococco ed altri, che danno le infezioni marginali (F. N. Doubleday); D. R. Curnock ammette che i germi si localizzino particolarmente sull'osso, anzichè sui tessuti gengivali e la membrana periodontale, sicchè egli accetta per la malattia la denominazione data da S. Colyer di infezione cronica delle mascelle od osteomielite cronica.

La profilassi, secondo H. Baldwin, va fatta specialmente mediante la frizione delle gengive con lo spazzolino, usando come liquido dell'acqua salata. In tal modo si vitalizzano i tessuti, che resistono poi meglio all'infezione. Sullo stesso sistema insiste anche Jack il quale aggiunge inoltre il consiglio di dare cibi che facciano esercitare i denti (quindi abolire in gran parte quelli tanto cotti come usa l'uomo al giorno d'oggi). La cattiva influenza dei cibi che non mettono in funzione i denti è dimostrata dalla esistenza di piorrea nei cagnolini di lusso, nutriti a biscottini e l'assenza in quelli che mangiano anche le ossa.

Per quanto riguarda il trattamento, Sturridge, Baldwin, Keay e Curnock hanno vantato i benefici della medicazione jonica, fatta specialmente con solfato di zinco o di rame. Curnock ha anche insistito sull'estrazione precoce, accompagnata dal raschiamento delle gengive. Sulla efficacia dei vaccini hanno riferito Broderick e Bulleid, mentre Doubleday e lo stesso Bulleid sono favorevoli alle cure con antisettici. Il ritmo consiglia lo jodio ed il mercurio colloidali e dice di aver ottenuto buoni effetti con il carburo trimetanal allilico (Yadil). Bulleid, che ha l'impressione che si tratti di infezione fusospirillare, consiglia di ricorrere oltrechè al trattamento locale, a quello generale con iniezioni endovenose di novarsenobenzol, incominciando a dosi di 15 cg. ed arrivando a 60 con intervalli settimanali, aggiungendovi l'uso di lubrificanti, come l'olio di paraffina.

A. FILIPPINI.

MICROBIOLOGIA,

Sull' eziologia della febbre gialla.

Il compito eziologico attribuito da Noguchi alla *Leptospira icteroides* è stato illustrato più volte in questo periodico e di recente in una corrispondenza da San Paolo (v. fasc. 16 del 21 aprile 1924).

I lavori di Noguchi han sollevato obbiezioni non lievi.

Alcune di queste vennero raccolte in un pregevole studio di G. Sampietro (*Annali d'Igiene,* 1920, p. 333): così l'esito negativo dell'inoculazione di febbre gialla (Rangé, Sternberg, Bandi, Thomas, Seidlin, Cormal, Johnston, Macfie, ecc.), e la possibilità di scambiare la febbre gialla con il morbo di Weil o ittero infettivo, e quindi di considerare e di battezzare come germe nuovo la *Leptospira icterohaemorrhagiae* di Inada e Ito. Questa possibilità è stata fatta rilevare da Lebredo, il quale si dichiara poco propenso ad accettare le conclusioni di Noguchi per questa e per tutta una serie di altre considerazioni: il quadro sperimentale,

nelle cavie inoculate con l'uno o con l'altro germe, è del tutto identico; il virus amarillico è resistentissimo, mentre le spirochete muoiono facilmente; Noguchi isola il suo germe solo dopo il 3° giorno di malattia, mentre la febbre gialla è infettante solo nei primi tre giorni, tanto che si può procedere impunemente alle autopsie, ecc.

Più di recente sono stati addotti altri fatti che contraddicono la presunta scoperta dello studioso giapponese.

Così J. Guiteras (*Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, 10 marzo 1921) conferma come i sintomi e le lesioni provocate nelle cavie dalla *Leptospira icteroides* si identifichino con quelle determinate dalle *L. ictero-haemorrhagiae*, mentre si allontanano decisamente dal quadro clinico ed anatomo-patologico della febbre gialla; altrettanto si dica per i reperti ematici. Questo A. non è riuscito a trovare il virus di Noguchi, trasmissibile alle cavie, in nessuno fra 30 casi di febbre gialla esaminati (25 all'Yucatan e 5 all'Avana); dato che la *L. icteroides* è comunicabile con facilità agli animali domestici, i quali farebbero, pertanto, da serbatoi del virus, l'A. non si spiega come la malattia possa essersi rapidamente estinta in vaste regioni, come l'Africa occidentale, dove egli si è recato in missione con un gruppo di studiosi, per incarico della Fondazione Rockefeller; egli formula anche altre critiche di minore rilievo.

W. H. Hoffmann (*Arch. f. Schiffr u. Tr.-Hyg.*, 1922, u. 63) conferma le osservazioni di Lebredo sull'identità della sintomatologia e delle lesioni anatomiche nelle cavie inoculate con *L. icteroides* o con *L. ictero-haemorrhagiae* e aggiunge che anche le lesioni istologiche sono identiche o sovrapponibili, mentre si allontanano da quelle proprie della febbre gialla; per es. nel fegato mancano gravi processi degenerativi e necrotici; le emazie sono profondamente alterate; si compie un'intensa fagocitosi di emazie nella milza; si riscontra nefrite parenchimatosa emorragica; le surrenali sono profondamente alterate; ecc.

Queste ricerche sono state ulteriormente estese e precisate dallo stesso A. (*Journ. Trop. Med. a. Hyg.*, 15 novembre 1922; *Gac. Med. de Caracas*, 31 gennaio 1923). Egli rileva che morfologicamente le due spirochete non si distinguono: il solo criterio per differenziarle è dato dalle reazioni immunitarie, ma queste hanno un valore tutt'altro che assoluto. In un altro lavoro questo A. (*Revista Médica de Amburgo*, ediz. spagnola, 1922, n. 8) mette in dubbio il valore delle vaccinazioni profilattiche praticate da Noguchi. In una pubblicazione recente (*El Siglo Médico*, 1923 p. 225) egli studia le reazioni immunitarie delle spirochetosi e ne contesta il significato specifico; in particolare nega l'importanza attribuita da Noguchi al fenomeno di Pfeiffer (nelle colture di *L. icteroides* trattate con siero di convalescenti). Tuttavia egli crede che i sieri terapeutici preparati da Noguchi siano efficaci. Ultimamente questo A. (*Zeitschr. f. Zumunitätsforsch.*, Orig., 1923, n. 5-6) ha addotto nuovi dati a favore della identità tra *L. icteroides* e *L. icterohaemorrhagiae;* li ha tratti dall'esame del sangue di cavie inoculate con l'uno o l'altro germe: rapido aumento di leucociti in corrispondenza al fastigio sintomatologico, con relativa linfocitosi e lieve eosinofilia; aumento della coagulabilità; rapidissimo decremento delle emazie e del tasso emoglobinico. Queste alterazioni, identificabili con quelle riscontrate nel morbo di Weil e in genere comuni a tutte le infezioni spirochetiche, si allontanano decisamente da quelle proprie della febbre gialla, dove, per es., il numero delle emazie e il tasso emoblobinico non si modificano essenzialmente nel corso della malattia.

Hoffmann rileva che ormai molti autori dubitano della specificità eziologica attribuita da Noguchi alla presunta *Leptospira icteroides*: Lebredo, Agramonte, Guiteras, Rivar, ecc.

A. Z.

CENNI BIBLIOGRAFICI

LESIEUR et MOURIQUAND. *Diagnostic par les méthodes de Laboratoire au lit du malade.* Vol. in-16. Baillière et fils, Paris. Frs. 6.

In una prima parte gli Autori espongono i procedimenti usati per la raccolta dei prodotti patologici e per i loro esami correnti. Non sono citati che i metodi usuali, non avendo gli AA. dimenticato che i dati da essi forniti debbono essere utilizzati dagli studenti e dai medici pratici; hanno quindi bandito dalla esposizione tutto ciò che è di ricerca difficile e complicata.

Il secondo capitolo è tutto dedicato allo studio delle ferite di guerra, il trattamento delle quali esige imperiosamente una collaborazione intima tra il batteriologo e il chirurgo.

In una terza parte infine sono riassunti i principali caratteri morfologici, biologici, culturali dei microbi o parassiti comuni; una classificazione alfabetica permette al lettore di esserne subito edotto.

Il formato di questo volumetto è comodo. È redatto in uno stile conciso e chiaro, esponendo in poche righe tutto quello che il medico deve sapere.

A. POZZI.

Lexicon der gesamte Therapie des praktischen Arztes. Lieferung 8-10. Urban et Schwarzenberg, edd. Berlino e Vienna, 1924. Prezzo di ogni puntata Fr. svizzeri 5.65.

Abbiamo già accennato, in occasione della pubblicazione delle precedenti puntate, ai pregi di questo Lexicon di terapia generale diretto da W. Marle. Queste tre puntate, da pag. 1109 a 1428, vanno da *Nahrungsmittel a Rheumatismus,* e sono redatte con l'accuratezza e con gli intenti pratici che già notammo per le precedenti.

fil.

BUCKY. *La diatermia.* Pagine 200 con numerose figure. — Torino, Lattes Ed. Prezzo L. 19,50.

Questa traduzione di Tallarico e Nervi del libro del Bucky si aggiunge degnamente a quella di Vidale e Chiozzi della diatermia di Kowarschick. La diversa intonazione e svolgimento dell'argomento non renderà superfluo questo libro nelle mani dello specialista e del medico pratico a cui anzi è dedicato e scritto in particolare il libro stesso. È perciò che trattato brevemente appena in 42 pagine tutto quello che riguarda la parte teorica sulla diatermia l'A. ha dato ampio svolgimento alla parte pratica sulla tecnica di applicazione largheggiando sui dettagli di tecnica.

Il libro si chiude con un succoso capitolo di una cinquantina di pagine sulle indicazioni della diatermia nelle più svariate malattie.

E. MILANI.

CONCETTI prof. LUIGI. *L'igiene del bambino.* 3ª Edizione. Casa Edit. Albrighi, Segati e C. Roma, 1924. L. 20.

Il libro scritto dall'illustre defunto pediatra romano, è ben noto alla maggior parte dei medici onde non è necessario parlare dettagliatamente dei singoli capitoli in esso contenuti.

In questa terza edizione, che l'esimio prof. Luzzatti ha completamente aggiornata, sono state aggiunte tutte le moderne conoscenze acquisite in questi ultimi anni nel dominio dell'Igiene sociale sia per quella speciale dell'alimentazione, delle vesti, della casa, della scuola, ecc.

All'argomento dell'alimentazione l'A. ha dedicato maggior parte del suo scritto, esponendo non solo i precetti di una sana igiene alimentare, ma procurando che essi derivino come necessario corollario dalle condizioni anatomiche e fisiologiche del bambino stesso, tanto diverse da quelle dell'adulto.

Molti sono i libri di tale materia che corrono per il pubblico sotto forma più o meno popolare, ma può ben dirsi essere questo il migliore Trattato di Igiene Infantile in Italia anche per l'esposizione che è chiara, semplice, precisa e che fa sì che il libro, oltre ai medici pratici, riuscirà di grande utilità a tutte le mamme che desiderino conoscere le norme da seguire per ottenere lo sviluppo ideale dei loro bambini.

A. POZZI.

Congressi della Società italiana di medicina interna. XXIX Congresso (Roma 1923). Pubblicazione fatta per mandato del Consiglio direttivo dal prof. G. Sabatini. Un vol. in-8 di 270 pag. Casa ed. L. Pozzi, Roma, 1924. — Prezzo L. 60.

Di questo Congresso, folto di intervenuti ed importante per i lavori, compaiono qui le relazioni, le comunicazioni e le discussioni riunite in un volume e pubblicate con una sollecitudine insolita, di cui va data incontrastata lode alla redazione ed all'editore. A chi ha seguito il Congresso a traverso i sunti riferiti nella stampa medica, sono noti gli argomenti delle relazioni (Diagnosi e terapia delle malattie di cuore, Infezione delle vie biliari, Diabete insipido, Gli studii attuali sull'insulina), che, pubblicati qui *per extenso* con le discussioni seguitene, permettono al lettore di farsi una idea chiara dello stato attuale delle relative questioni.

Assai interessanti sono altresì le comunicazioni, che sommano ad oltre un centinaio; alcune completano le relazioni sui temi ufficiali, altre riguardano argomenti diversi sopratutto di medicina pratica e di terapia.

Il volume non dovrebbe mancare nella biblioteca del medico che voglia tenersi al corrente del cammino della scienza nostra e conoscere il valido contributo che ad essa portano i medici italiani.

R. B.

Atti della Società italiana di urologia. II Congresso. Un vol. in-8 di pag. 278 con fig. e tavole fuori testo. Casa ed. L. Pozzi. Roma 1924. Prezzo L. 60.

I progressi della urologia in questi ultimi anni sono stati veramente notevoli, mettendo a contributo da un lato il perfezionamento della tecnica strumentale, dall'altro l'affinamento delle nostre conoscenze sulla funzione renale. Appunto all'esame di questa sono state dedicate in questo II Congresso della Società di urologia le relazioni dei proff. Pirondini e Raimoldi, che comprendono 150 pagine del volume, e che, con le comunicazioni di altri e le relative discussioni, costituiscono una vera monografia sull'argomento. Altro tema interessante, trattato al Congresso, è stato quello della roentgen- e radiumterapia, in cui sono da no-

tare le relazioni del prof. Bonanome e dei dottori Cassuto, Colombino e Bruno.

Fra le numerose comunicazioni, menzioneremo quelle del prof. Alessandri sulle metastasi ossee degli ipernefromi, dei dottori E. Mingazzini sul pneumorene, E. Blasucci sulla diagnosi uretroscopica e patogenesi di alcune lesioni dell'uretra posteriore, C. Alesio sulla diagnosi uretroscopica nelle infiammazioni croniche dell'uretra, M. Ascoli sulla pielografia, ed altre molte che testimoniano l'attività coscienziosa e l'esperienza clinica dei nostri urologi e che rendono questo volume di grande interesse per ognuno che si occupi di tali questioni. Belle le numerose tavole che accompagnano il testo e che rappresentano fotografie al cisto- ed uretroscopio e radiografie. R. B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta Ordinaria del 3 maggio.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, Presidente.

La cura delle infezioni generali e locali con l'urocromo.

Prof. H. YOUNG. — Avendo dovuto assentarsi la comunicazione è stata letta dal prof. CHIASSERINI. In essa sono esposti i risultati incoraggianti ottenuti nelle infezioni locali e generali con l'uso dell'urocromo sia per iniezioni locali che endovenose.

Ricerche sull'anafilassi passiva.

Dott. E. SERENI. — In sua assenza la comunicazione viene letta dal prof. SERENI che riferisce su ricerche eseguite nel laboratorio del prof. Fano a proposito dell'anafilassi passiva.

Forme cliniche, diagnosi, cura dell'amebiasi intestinale in Italia.

Prof. E. PONTANO. — L'O. mette in rilievo le forme cliniche che in Italia assume la amebiasi; dopo molti anni di osservazioni egli può dire che la forma dissenterica è quasi eccezionale e tra le forme enteritiche mette in evidenza quelle che nella sua esperienza sono risultate le più frequenti. Parla poi brevemente dei criteri diagnostici e della cura.

Il prof. DIONISI oppone le difficoltà di diagnosi per il riconoscimento dell'a. hystolitica, l'assenza di reperti anatomici di amebiasi dell'intestino in un anno di esperienza a Roma; ricorda che i lavori del Celli si riferiscono specialmente alla dissenteria bacillare.

Su questo ultimo punto concorda il prof. PONTANO, il quale aggiunge i criteri differenziali che, secondo lui, sono bastevoli a differenziare l'a. patogena dall'a. non patogena e invita a ricercare *di proposito* le alterazioni caratteristiche da amebiasi, tanto più che la letteratura recente non è del tutto negativa sull'argomento.

L'influenza che sulla produzione dell'ulcera del digiuno viene esercitata dalla deviazione del contenuto duodenale.

Prof. G. BACCIO. — L'O. riferisce le esperienze condotte sugli animali con le quali dimostra che resecando la pars pilorica dello stomaco ed eseguendo un'anastomosi ad γ, l'ulcera si è presentata con proporzione di 4 a 6. Ne trae, anche ricordando le sue esperienze altra volta comunicate, analogia per quel che suole avvenire in Clinica.

Il prof. BASTIANELLI R. si ripromette di tornare sull'argomento, a proposito dei suoi molti operati; ad ogni modo egli ritiene che ad evitare la riproduzione dell'ulcera peptica è necessario resecare largamente tutta la pars pilorica.

Endocardite gonococcica.

Dott. E. TRENTI. — Riferisce su di un caso di endocardite gonococcica, con emocultura positiva per il gonococco e con reperto anatomo-patologico positivo. Il reperto era non di una endocardite ulcerosa ma vegetante.

Seduta straordinaria del 10 maggio 1924.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, Presidente.

Cura operativa della tbc. polmonare.

Il giorno 10 maggio il prof. BRAUER di Amburgo ha tenuto per invito dell'Accademia una conferenza sulla cura operativa della tbc. polmonare nella quale, ricordati gli altri, ha illustrato il suo metodo operativo, corredando l'esposizione con proiezioni e riferendo gli incoraggianti risultati finora ottenuti.

La conferenza si può così brevemente e schematicamente riassumere:

Azione del collasso e messa in riposo del polmone in caso di tubercolosi (pneumotorace o toracoplastica extrapleurale).

A) *Effetti meccanici:*

1) agevolazione della tendenza alla contrazione nelle forme produttive;

2) restringimento delle caverne;

3) prevenzione di un'ulteriore estensione per via bronchiale.

B) *Effetti fisiologici:*

1) diminuzione della circolazione sanguigna nel polmone e contemporanea iperemia passiva;

2) diminuzione della circolazione linfatica (stasi linfatica).

Questi due fattori causano:

a) demarcazione del tessuto malato;

b) nuova formazione di tessuto connettivo.

In questo modo si convertono processi essudativi in produttivi.

3) agevolazione dell'espettorazione.

Le diverse forme della toracoplastica.

A) La toracoplastica *pleurale* (resezione toracica). in caso di cavità empiematica aperta (Estlander, Schede, Homén, ecc.).

B) La toracoplastica *extrapleurale parziale* per restringere delle caverne (Carl Spengler, Turban, ecc.).

Ha di mira essenzialmente effetti meccanici.

C) La toracoplastica *extrapleurale estesa* (Brauer) pel trattamento di tubercolosi polmonare unilaterale secondo l'idea del Forlanini di afflosciamento polmonare (pneumotorace).

Mira ad utilizzare, oltre i meccanici, in particolare anche gli effetti fisiologici.

I) Forme, che raggiungono un collasso e messa in riposo *quasi totale*, corrispondenti al *pneumotorace completo:*

a) la tecnica originaria, ora abbandonata: asportazione unilaterale completa delle costole (Friedrich);

b) resezione sottoscapolare-paravertebrale delle costole (Brauer).

II) Forme, che provocano un *incompleto* collasso polmonare, corrispondenti al *pneumotorace parziale:*

a) resezione a pilastro (Eden e Wilms);

b) resezione paravertebrale (Boiffin e Sauerbruch).

E. GROSSI.

Società Medico-chirurgica di Pavia.

Seduta del 9 maggio 1924.

Prof. PREDIERI. — Presenta un caso di *scotennamento o scuoiamento completo* avvenuto in una giovane di anni 32, di Scaldasole. Questa raccogliendo farina in un mulino, veniva afferrata pei capelli da una cinghia di trasmissione, girante a cifra 8, la quale le strappava di colpo tutto il cuoio capelluto dalla linea che unisce le due palpebre superiori fino all'occipite, lacerando l'orecchio sinistro e scoperchiando anche per un'area irregolarmente circolare di circa 12 cm. di diametro, la volta della scatola cranica dal suo periostio.

La infortunata non s'accorse nemmeno d'essere così gravemente ferita meravigliandosi anzi di vedere i suoi capelli roteare vorticosamente in alto, seguendo il giro della puleggia. Arrivava all'Ospedale dopo tre ore dal fatto, col cuoio capelluto e la ricca sua chioma avvolti in un giornale.

Il P. tentò la esatta sovrapposizione della parte asportata, ma questa cadde in gangrena, per cui dovette ricorrere agli innesti.

Dopo molte peripezie (tra le quali un serio attacco influenzale) applicò in varie sedute ottantuno innesti alla Tiersch che in 50 giorni circa coprirono tutta la soluzione di continuità. Per una complicanza grave però (pustolette disseminate sulla superficie cicatriziale) attribuibile alla scarsa nutrizione dei trapianti, data la esportazione anche del periostio cranico, parecchi innesti venivano distrutti. Ma tutto lascia sperare in una rapida e definitiva riparazione.

Il respiro sistolicamente interciso negli aneurismi dell'aorta toracica, e nelle ptosi viscerali.

A. PERIN. — L'O. ha notato nei suoi pazienti affetti da aneurisma dell'aorta toracica il reperto sul polmone sinistro di un respiro sistolicamente interciso, in qualche caso localizzato in singole zone, in altre diffuso su tutto l'àmbito polmonare sinistro; questo tipo di respiro, quantitativamente diminuito era accompagnato, là dove era percettibile, da altri segni di diminuita aereazione. del parenchima polmonare: suono di percussione timpanico, fini e fugaci rantoli crepitanti. Il reperto può variare a seconda della sede e della direzione di sviluppo dell'aneurisma, e del rapporto di contiguità più o meno intimo col bronco o col polmone.

Il respiro sistolicamente interciso non è però patognomonico dell'aneurisma aortico, esso è presente quando esistano aderenze pleuriche pericardiche, ed a sinistra in certi casi di ptosi viscerali nei quali all'indagine radioscopica è visibile

durante le profonde inspirazioni l'ombra cardiaca compiere dapprima un movimento di raddrizzamento, nel proprio asse longitudinale, e poi essere completamente abbandonata al diaframma, così che tra l'ombra cardiaca e l'ombra diaframmatica compare una zona chiara di ampiezza più o meno notevole e talora cospicua.

Similmente l'immagine dell'arco aortico viene durante l'inspirazione deformata, l'arco aortico appare stirato verso il basso, premendo sul fianco sinistro.

Sull'aneurisma dell'arteria lienale.

F. Ricci. — L'O. dallo studio di un caso di aneurisma cirsoideo dell'arteria lienale, a sintomatologia dolorosa imponente, con assenza di lesioni anatomiche di altri organi, conclude (poichè una tale affezione non è del tutto infrequente), che debba essere tenuto in considerazione nelle sintomatologie dolorose del fianco sinistro, anche l'aneurisma dell'arteria splenica; per la diagnosi, che presenta notevoli difficoltà, ritiene possa essere di grande utilità l'esame radiologico, sopratutto nei casi, come in quello studiato, ove la calcificazione del vaso è notevole.

Flora micetica nelle caverne tubercolari del polmone. (Nota preliminare).

Piero Redaelli, assistente. — L'O. ha ripreso lo studio delle infezioni secondarie della tubercolosi portando la sua osservazione esclusivamente sulle forme micetiche, a torto finora trascurate. Dall'esame di dieci casi di tubercolosi ulcerosa venuti al tavolo anatomico, ha isolato una ventina di forme fungine tra cui uno sporatrico, una torula, dei cladosporium, e numerosi funghi che si possono raggruppare in attesa della determinazione botanica tra i saccaromiceti. Lo sporatrico e tre dei saccaromiceti si sono rivelati nettamente patogeni per gli animali da laboratorio.

Salvo correzioni ed aggiunte che possono scaturire dall'ulteriore studio dell'argomento, all'O. pare di poter concludere che per ora non vi sono dati sufficienti per sostenere che tali parassiti influiscano sensibilmente il decorso del processo specifico: non può escludere però che, in base sopratutto al potere patogeno di alcuni di essi ed alle loro attività biochimiche, non creino delle condizioni che possono avere un certo influsso o direttamente o indirettamente sul bacillo tubercolare e che talvolta possano essere la causa di complicazioni al processo.

Dott. Piero Redaelli, assistente. — *Due osservazioni sul sincizio Sertoliano.*

Francesco Ricci.

Società di Medicina Legale di Roma.

Seduta del 13 febbraio 1924.

Prime ricerche su alcune proprietà biologiche del siero di puerpera.

Dott. B. Boldrini. — L'O. espone una comunicazione preventiva su alcune ricerche, in corso di esecuzione, sul siero di puerpera.

Partendo dal fatto noto che l'iniezione di latte, nel peritoneo dei conigli, determina la formazione di anticorpi specifici per il latte stesso, l'O. ha voluto ricercare se il siero delle puerpere contenesse anticorpi specifici per il latte umano, determinati dall'assorbimento del latte formato.

Le prime indagini sono state rivolte alla ricerca delle precipitine per la lattoalbumina.

Seguiranno ricerche dei fermenti proteolitici, lipolitici e di anticorpi agglutinanti.

Espone i risultati oltremodo incoraggianti delle ricerche sulle precipitine che si sono dimostrate presenti nel siero delle puerpere costantemente e costantemente assenti nel siero di donne non puerpere. Accenna alle applicazioni che la Medicina Legale potrebbe trarre dalle sue ricerche se esse, come tutto lascia sperare, continueranno a dare risultati soddisfacenti, sopratutto in relazione al quesito dell'avvenuto parto in tema di infanticidio.

Un caso raro di rottura traumatica dell'aorta.

Dott. G. Impallomeni e prof. A. Bellussi. — L'O. riferisce sui risultati dell'autopsia del cadavere di un individuo vittima di un accidente automobilistico: oltre alla frattura del cranio e dei femori l'autopsia ebbe a rilevare la rottura completa dell'aorta toracica discendente, con distacco anche completo dei due monconi dell'aorta.

La importanza di questo caso è nel meccanismo di produzione della predetta rottura aortica, dappoichè tutta la cassa toracica era integra, non eravi cioè nè frattura di costole nè della colonna vertebrale.

Pensano gli OO. che la lesione dell'aorta si dovesse all'improvviso distendimento della curva della colonna vertebrale, la quale nella sua porzione dorsale o toracica specialmente in certi soggetti suole essere abbastanza pronunciata. Quell'improvviso raddrizzamento della curva dorsale importando un soverchio stiramento del tubo aortico ne ha prodotto la rottura.

L'emozionabilità nei delinquenti minorenni.

Dott. B. Di Tullio. — L'O. ha studiato in 36 delinquenti minorenni le variazioni dell'indice emozionale ed ha trovato in 8 freddezza emozionale, in 18 emozionabilità scarsa, in 6 emozionabilità normale ed in 4 emozionabilità esagerata. Ha rilevata l'importanza dell'indice emozionale individuale nel determinismo del carattere e del temperamento e delle attitudini e tendenza criminosa, ha notato che la freddezza emozionale si accompagna al sintoma di Lombroso in tutti gli otto casi ed ha concluso affermando la necessità di non trascurare mai lo studio dell'emozionabilità, nei delinquenti minorenni, specialmente per la loro individualizzazione psichica tanto più quando si vuol dare un giudizio sulla temibilità e correggibilità.

N.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Intossicazione acetonica e vomiti ciclici dell'infanzia.

L'intossicazione acetonica primitiva ed essenziale è secondo il Paechioni un fenomeno anafilattico (in cui il grasso alimentare agisce come antigene) ed insorge in seguito ad un errore dietetico: l'emoacidosi è conseguenza di una alterazione del ricambio dei grassi.

Furno dimostrò nello stato di acidosi ipotonia del simpatico ed ipertonia del vago; ed anatomicamente si sono accertate lesioni primarie della tiroide e del timo, e lesioni secondarie dei parenchimi viscerali, specie del fegato. Questo spiega come qualche caso richieda una prognosi molto riservata.

Cura. — Per prevenire le crisi di emoacidosi bisogna combattere la stitichezza, porre il bambino nelle migliori condizioni igieniche, usare un regime povero di grassi, ricco di vegetali ed usare acque minerali alcaline per attivare la funzione epatica.

Le cure farmaceutiche hanno per base gli alcalini. Ai lattanti bastano 0.10-0.15 di bicarbonato di soda per dose: ad un funciullo di 6-7 anni si danno 50 gr. della seguente soluzione scaldata a bagno-maria:

Solfato di soda	gr.	8
Fosfato di soda	»	6
Bicarbonato di soda . .	»	4
Bromuro di sodio . . .	»	3
Acqua distillata	»	1000

Durante l'accesso Marfan usa dare 3-4 cucchiaini ogni mezz'ora di acqua zuccherata, ghiacciata, al 20 %; e pratica 2 enteroclismi di acqua bollita calda alla dose di 150-200 cc. con bicarbonato 1-2 %. È bene associare al bicarbonato il citrato di sodio.

Bisogna astenersi dall'uso dei purganti energici e sopratutto del calomelano, della morfina, ecc.

Modigliani consiglia il *lattato di sodio* (15-30 gr. al giorno secondo l'età). Essendo difficile avere in commercio il lattato di sodio puro si può prescrivere:

A -	Acido lattico	gr.	20
	Acqua distillata . .	»	200
B -	Bicarbonato di soda .	gr.	15
	Acqua distillata . .	»	200

Al momento dell'uso, a 30 cc. di acqua calda si uniscono 2 cucchiai della soluzione A e 2 della soluzione B: si agita e si lascia raffreddare · poi si aggiunge a piacere zucchero, succo di limone a gocce, estratto di tamarindo, ecc.

Se prevalgono fenomeni di sonnolenza è bene dare con moderazione del thè o caffè nero o vino spumante: se vi sono fenomeni di eccitamento giovano gli impacchi o bagni tiepidi a 36°-37°.

Per l'emicrania che a volte accompagna l'acetonemia piccole dosi di peptone (0.10-0.20) prima dei pasti hanno azione preventiva.

La nutrizione nei primi giorni va limitata a qualche cucchiaio di gelatina o di brodo di legumi: in ogni caso sono da consigliarsi più le sostanze idrocarbonate che le albuminoidee.

(*Minerva Medica,* 15 aprile 1924. Prof. Muggia).

PERSIA.

L'infantilismo intestinale.

Con tale denominazione s'intende uno stato morboso caratterizzato essenzialmente da disturbi cronici della digestione e da arresto dell'accrescimento e dello sviluppo, interessante bambini al di là dell'età del lattante.

La malattia insorge di solito nel 2°-3° anno di vita ed oltre in bambini per lo più della classe agiata, che erano stati assoggettati a lunghi periodi di dieta insufficiente ed unilaterale. I disturbi si stabiliscono solitamente dopo una malattia acuta per lo più gastro-intestinale, e sono caratterizzati da emissione di feci diarroiche, mucose, schiumose; rare e poco intense manifestazioni febbrili, disturbi dello stato generale. Le feci si fanno in seguito più consistenti, voluminose, scolorate, color grigio-sporco, acide; caratteristico è l'aumento delle sostanze grasse, che rappresentano fino oltre il 60 % del residuo secco e sono costituite da acidi grassi liberi, da grasso neutro ed in minima parte da saponi.

La curva del peso va progressivamente discendendo; i bambini appaiono pallidi, sparuti, senza tessuto adiposo, apatici, piagnucolosi, con edemi, addome grosso, teso, arti sottili. La pelle è secca, arida, pruriginosa, con eccessivo sviluppo dei peli; i capelli sono ispidi e fragili. Le unghie sono secche, friabili. Caratteristico è l'aspetto della lingua, atrofica, liscia, rossa, con papille assai scarse. Il fegato spesso è diminuito di volume, qualche volta è tumefatta la milza. In qualche caso si è notata xeroftalmia.

Il decorso è essenzialmente cronico con periodi di tregua e di aggravamento alternantisi. I disturbi vanno poi gradatamente attenuandosi, ma permane per alcuni una certa suscettibilità del tratto digerente.

La diagnosi si fa direttamente quando l'anamnesi rende edotti dei disturbi precedenti.

Caratteristico è il comportamento delle funzioni intestinali, e l'emissione di feci con i caratteri descritti. La presenza di edemi impone la ricerca di eventuali lesioni cardiache. L'aumento del volume addominale, la tensione delle pareti ha indotto in errori diagnostici specialmente nei riguardi della peritonite tubercolare.

Questo stato è più facilmente evitato che curato; è cioè essenziale evitare che ad ogni disturbo del bambino si ricorra ai purganti ed alla dieta insufficiente. La cura, come consiglia F. De Angelis in una rivista sintetica sull'argomento (*La Pediatria*, 15 febbraio 1924), consiste anzitutto nella soppressione dei grassi ed anche nella riduzione degli idrati di carbonio. Alcuni autori però sono del parere che si debba fornire al bambino la quantità di alimenti sufficiente ai suoi bisogni, comprendendovi tutti i principî alimentari. In un primo momento si avrà anche un aggravamento dei sintomi, ma lo stimolo alla funzione digestiva apporta rapidamente il tono funzionale di questa. Sono particolarmente utili, anzi indispensabili i cibi ricchi di vitamine, le frutta e, per la loro azione stimolante sulla mucosa intestinale, le salse. Si daranno anche i fermenti digestivi ed i preparati opoterapici. In secondo tempo giova un trattamento ricostituente. *fil.*

L'ectopia testicolare nell'infanzia.

Una delle azioni chirurgiche più comuni dell'infanzia è la ectopia testicolare, la quale può essere di grado lievissimo oppure può accompagnarsi ai fatti più gravi di atrofia testicolare con ritenzione addominale. Nella maggioranza dei casi però la cripto-orchidia dei bambini deve essere considerata come un fatto transitorio; di solito, come osserva A. Maiocchi (*Gazz. Osped. e Clin.*, 27 aprile 1924) il testicolo è ectopico perchè non è ancora bene sviluppato, non perchè si frappongano degli ostacoli alla sua discesa, come vorrebbero taluni. Il trattamento quindi deve essere essenzialmente aspettante, anche oltre la pubertà, avendo l'A. osservato la discesa del testicolo con completo sviluppo oltre i 20 anni.

Certamente si deve sorvegliare che alla discesa non si opponga nessun ostacolo nuovo, giacchè non è raro vedere applicati dei cinti erniari al di sotto del testicolo.

L'unica complicazione che può reclamare lo intervento diretto del chirurgo è l'ernia, che quasi sempre segue la discesa del testicolo.

In tali casi però l'A. sconsiglia nettamente di procedere a qualsiasi fissazione del testicolo. Basterà togliere o sezionare il sacco, isolare il cordone ed i suoi elementi, collocando il testicolo al di fuori del canale inguinale. Ricostruendo poi questo con una certa solidità, rimane chiusa in seguito al testicolo la via del ritorno verso l'alto.

Il tempo più delicato dell'operazione consiste nella ricerca del testicolo e del cordone, nell'isolamento degli elementi e del sacco erniario. Nei gradi pronunciati di ectopia inguinale, il canale è occupato in gran parte dal *gubernaculum testis*; il testicolo ipoplastico si trova nella parte alta del canale, talora si affaccia appena all'anello inguinale interno, e può anche nascondersi nella cavità addominale, ma esercitando una lieve trazione sul *gubernaculum*, compare subito nel canale.

Difficile è ottenere l'isolamento del processo peritoneo-vaginale, che alle volte è tanto sottile da lacerarsi con facilità. Inoltre gli elementi del funicolo, ipoplastici, sono assai delicati, tanto che le manovre di dissezione possono esporli a lesione. Se l'isolamento del sacco sieroso riesce, allora esso va legato e reciso come in una comune ernia congenita; altrimenti conviene chiudere la propaggine al colletto con una sutura a borsa di tabacco. La continuità del sacco sieroso verrà sciolta più in basso affinchè possa aversi l'allungamento del funicolo. Ciò si ottiene sciogliendo le aderenze perifunicolari, sezionando o lacerando il processo peritoneo-vaginale e sezionando le fibre cremasteriche. Tale allungamento del funicolo che permetta di abbassare il testicolo almeno al di sotto dell'anello inguinale esterno, è tutto ciò che si può desiderare nei bambini; la natura provvederà poi allo sviluppo successivo ed all'ulteriore cammino del testicolo. *fil.*

Fimosi congenita vera e pseudofimosi nel primo anno di vita.

E. Glass (*Deutsche med. Wachenschr.*, n. 5, 1924) osserva che dalla fimosi vera (la quale può essere pura od anche si può accompagnare a fenomeni infiammatorii) si deve distinguere la pseudofimosi, consistente in aderenze epiteliali tra il foglietto interno del prepuzio e il glande. Queste aderenze scompaiono spontaneamente nel corso dei primi anni di vita; staccando dolcemente con una sonda le aderenze si determina la scomparsa della pseudofimosi. Si deve operare soltanto la fimosi vera.

POLLITZER.

L'influenza nel neonato.

S. Cannata (*La Pediatria*, nov. 1923) ha seguito il decorso della infezione influenzale in 22 neonati di età da 5 a 20 giorni. Risulta dalle sue osservazioni che il neonato non gode di immunità, come avevano sostenuto alcuni autori. Esso dunque, a contatto con persone af-

fette da influenza, non sfugge al contagio. Il decorso dell'infezione e per lo più mite; dei 22 casi, 16 sono guariti in pochi giorni. Non mancano però gli esiti letali che, nei casi dell'A., furono causati da complicanze respiratorie (faringite stridula, bronchite capillare, bronco-polmonite) in 4 casi, da convulsioni eclamptiche (1° caso). In un caso complicato da sepsi cutanea stafilococcica, si ebbe la guarigione.

Il periodo di incubazione è stato di 1-5 giorni, come nell'adulto. I sintomi prodromici sono caratterizzati da pianto frequente, agitazione durante il sonno, qualche movimento convulsivo di breve durata, vomito, diarrea, spesso rifiuto di attaccarsi al seno, in qualche caso sopore. Insorge, subito dopo, la febbre, che raramente all'inizio ha superato i 38°; contemporaneamente si sono sviluppati altri segni caratteristici dell'influenza; cioè starnuti, coriza, lacrimazione, tosse secca, frequente.

In 3-5 giorni si è avuta la defervescenza per lisi o per crisi e la scomparsa graduale dei sintomi. Frequente è la persistenza della coriza, di un lieve grado di voce afona e di tosse secca, stizzosa, nonchè di lievi disturbi gastro-intestinali (vomito, diarrea). In complesso l'evoluzione della malattia non ha superato i 10 giorni, salvo nei casi in cui si ebbero complicanze.

Tenuto conto della possibilità di infezione del neonato, occorrerà raccomandare alle persone di famiglie in cui siano casi di influenza di prendere tutte le misure igieniche atte a prevenire il contagio. *fil.*

Le pneumococcie prolungate nel poppante.

È noto che, oltre alle infezioni pneumococciche ad evoluzione rapida, esistono forme ad evoluzione prolungata, in cui, anche senza complicazioni suppurate, il pneumococco conserva tutta la sua virulenza e determina affezioni febbrili, che si trascinano a lungo. Tali forme nel poppante si manifastano come rinofarinigti, polmoniti, congestioni polmonari e setticemie senza localizzazione.

La diagnosi ne è spesso difficile, in causa dell'andamento lungo e dell'assenza di segni caratteristici; si pensa di solito alla tubercolosi. La ricerca del pneumococco nelle vie respiratorie, nel sangue, nel *liquor* e l'assenza di cuti-reazione alla tubercolina permetteranno la diagnosi.

C. Gardere (*Journal de méd. de Lyon*, 20 febbr. 1923), osserva che una tale evoluzione prolungata può riconoscere diverse cause, quali l'inoculazione ripetuta in un focolaio di infezione pneumococcica, lesioni croniche delle vie respiratorie, lentezza dell'immunità acquisita. Queste nozioni di patogenesi possono portare ad indicazioni terapeutiche, come la protezione del malato da ogni inoculazione nuova, il trattamento locale e quello specifico, se l'immunità dell'organismo si effettua troppo lentamente. *fil.*

La dentizione nei bambini rachitici.

G. Zambelli (rif. in *Annali di odontologia*, anno VIII, n. 8) ha osservato assai spesso nei bambini rachitici un notevole ritardo nella comparsa dei denti; in alcuni soggetti invece la dentizione fu precoce, ma poi subì un arresto. Sono inoltre da menzionarsi le alterazioni nella direzione dei denti, dovute a lesione delle ossa mascellari, ridotte dal rachitismo, che arresterebbe il lavoro di ossificazione in uno stato di mollezza e di flessibilità, incompatibili con la loro funzione. Anche la forma, il colorito, la consistenza dei denti sono alterati, come pure si osservano delle erosioni dentarie degli incisivi superiori od inferiori o di entrambi e la carie specialmente dei molari.

La dentizione nei bambini rachitici decorre con notevoli disturbi sia locali, dal lato delle gengive, sia generali, specie riguardo al sistema nervoso; in tali soggetti, esaminati per rispetto al comportamento della formola elettrica si ebbero a rilevare dei veri stati tetanoidi. In questi bambini, la dentizione si mostrò sempre ritardata, in pochi era completa al secondo anno. *fil.*

Diagnosi e terapia dell'eredo-sifilide.

I segni classici dell'eredo-sifilide (pemfigo palmo-plantare, coriza, naso a sella, ecc.) sono piuttosto rari. Ve ne sono però altri che, sebbene meno evidenti, sono assai più frequenti; essi sono stati raggruppati da Marfan come segue. *Si può affermare l'eredo-sifilide quando si trova*: pemfigo palmo- plantare, coriza precoce cronica a scolo siero-purulento, talora sanguinolento, accompagnata da fessure ed ulcerazioni attorno alle narici; splenomegalia precoce cronica in un poppante con cuti-reazione alla tubercolina negativa; sifilide della pelle e delle mucose in forma di lesioni maculose dell'aspetto di macchie color salmone o rameico verso la fine del primo mese, lesioni papulose più tardive (dopo il quarto mese) dello stesso colore o rosso-violacee; queste lesioni si trovano specialmente alla faccia, alle coscie, alle natiche. Altri segni certi sono: le ragadi agli orifici naturali, raggiate, sanguinanti, talora crostose, una pseudoparalisi di Parrot e la Wassermann positiva.

La sifilide ereditaria è probabile se i genitori sono sifilitici (il 92 % in tal caso sono in-

fetti), se negli antecedenti della madre vi sono aborti, parti prematuri, nati-morti, gestazioni gemellari, idramnio, placenta voluminosa con lesioni sclerose od emorragiche. Nel neonato i segni di probabilità sono molti: melena, anoressia, vomiti abituali, crescenza lenta o nulla, adenite sopraepitrocleare (eliminare la tubercolosi!) idrocele irriducibile e persistente, induramenti del testicolo, affezioni congenite del cuore, malformazioni di ogni genere, encefalopatie congenite, convulsioni essenziali che si manifestano prima del terzo mese, strabismo convergente essenziale e definitivo, rachitismo congenito o precoce specialmente al cranio con anemia e splenomegalia.

Poca o punta luce porterà per la diagnosi la reazione di Wassermann; invece la prova terapeutica leverà ogni dubbio. Il trattamento dovrà essere precoce, intenso e continuato, usando tutti i medicamenti specifici, mercurio, arsenico, ioduri e forse anche il bismuto. Il neonato sopporta dosi di mercurio relativamente superiori che l'adulto. Efficaci e ben tollerate sono le frizioni di unguento napoletano; per via orale, il mercurio provoca disturbi gastrointestinali ed ha azione poco durevole; in qualche caso però dà buoni risultati e sembra che favorisca un trattamento arsenicale. Si somministra in forma di protojoduro (1/2-1 cg. al giorno) di sublimato (1-2 mg. al giorno in pozione) di Liquore di Van Swieten al 20 % (1-3 cucchiaini al giorno) o di lattato a 1/1000 (XII-XXV gocce per kg.). Il bijoduro si inietta nei muscoli (1 mg. due volte la settimana); il cianuro si inietta per via endovenosa (3-10 mg.; dieci iniezioni a giorni alterni).

Quanto agli arsenobenzoli le dosi correnti sono di cg. 1/2,1, 1 e 1/2 per kg. di peso; alcuni fanno 15 iniezioni sottocutanee di mg. 2 e 1/2 fino a 1 cg. per kg.; in ragione di due per settimana; per via endovenosa (vene epicraniche e giugulari) si fanno, secondo Jaccottet (*Journ. des praticiens*, 8 settembre 1923) dieci iniezioni biebdomadarie di cg. 1 e 1/2 per kg. ripetute fino a Wassermann negativa con intervalli di riposo di 1-3 mesi. Poco usati sono gli joduri; le osservazioni sui sali di bismuto sono ancora troppo scarse; sono state usate dosi di nove cg. di trepol in un bambino di tre mesi e 50 in un altro di un anno.

La durata del trattamento comprende diversi anni, da essa dipende l'esito della cura.

fil.

Il trattamento arsenicale nella sifilide del lattante.

La cura dei lattanti eredosifilitici con i composti arsenicali non è nuova: certo il metodo non è inoffensivo, poichè Dünzelmann (Gauthier e Thévenon: *Revue méd. de la Suisse Rom.*, 1923, n. 4) su 29 casi trattati col salvarsan endovenoso, cita 11 decessi immediatamente dopo l'iniezione. Jeanselme sconsiglia l'uso degli arsenicali negli eredoluetici per le reazioni cui danno luogo. Risultati brillanti hanno dato l'uso avvenuto negli ultimi anni del neosalvarsan: così questo trattamento è il preferito dagli AA. nella Clinica di Ginevra. L'iniezione sottocutanea del neosalvarsan è controindicata, sia per i lunghi dolori che produce nel bambino, sia per le necrosi, foruncolosi, piodermiti locali cui dà luogo. Mediocri risultati hanno dato i composti arsenicali iniettabili sotto la pelle.

Certo una notevole difficoltà è nel trovare delle vene di sufficiente calibro; però, ad onor del vero, gli AA. solo una volta ebbero a trovarsi in questa difficoltà. Taluno ha consigliato dirigersi alle vene epicraniche, altri alle vene giugulari, e perfino al seno longitudinale superiore, pungendo attraverso la fontanella. Blechmann si contentava di 2-3 iniezioni con gr. 0.015 per Kg. in peso, con un mese di intervallo; in seguito l'A. ha preferito dosi minori, con trattamento più prolungato. Fourest non tiene conto del peso del bambino e fa 8 iniezioni settimanali, la prima di gr. 0,01 di neosalvarsan, l'ultima di 0.10. Gli AA. hanno avuto i migliori risultati con 8 iniezioni settimanali: la prima iniezione di saggio, era di 0.005 gr. di neosalvarsan per Kg. di bambino, aumentando progressivamente fino a gr. 0.015 per Kg. I felici effetti della cura possono constatarsi quasi immediatamente con la regressione rapida degli accidenti cutaneo mucosi. Buoni risultati hanno constatato in un caso di idrocefalia sifilitica.

MONTELEONE.

SEMEIOTICA.

Sulla reazione di Sgambati.

G. Moreali e G. Margreth (*Rivista Ospedaliera*, 15 mar. 1924), trovano che la positività della reazione di Sgambati si accompagna costantemente a indacanuria; tale reazione assumerebbe valore soltanto nella sua seconda fase, poichè in primo tempo essa risulta con grande frequenza positiva nelle più svariate entità morbose; offrirebbe un buon ausilio alla diagnosi ed alla prognosi della peritonite acuta generalizzata o circoscritta, ma non sarebbe rigorosamente specifica; gli AA. la reputano dovuta a una sostanza cromogena simile all'indacano, di cui segue spesso la curva di eliminazione e che solo con uno studio completo si potrà individuare.

H. Deutsch e E. C. Grahan (*Archives of Surgery*, mar. 1924), i quali hanno applicato la reazione di Sgambati alla diagnosi di perito-

nite, non l'hanno trovata specifica; il colore rosso della reazione risulterebbe dovuto a rosso indaco, prodotto di ossidazione dell'indoxil; il valore diagnostico non sarebbe dissimile da quello dell'indacanuria.

R. B.

Sifilide con reazione di Wassermann negativa.

C. Morton Smith (*Boston med. and surg. journ.*, 23 agosto 1923), in base a una larga statistica, afferma che le R. W. falsamente positive per difetto di tecnica non superano generalmente il ½ per cento; mentre quelle negative nonostante la presenza di sifilide sono il 2-3 per cento.

È noto che le cure mercuriali e arsenicali rendono negativa la R. W. per sei settimane o più. Però vi sono sifilidi ignorate, non trattate, con R. W. negativa, le quali tuttavia danno manifesti sintomi clinici.

La R. W. è non di rado negativa nelle seguenti condizioni:

Sifilide primaria precoce;

Sifilide latente, o a manifestazioni molto circoscritte (cheratite, placche mucose, ecc.);

Tabe;

Lues antica, con manifestazioni simulanti un tumore maligno;

Lues della prima infanzia, specialmente se congenita;

Lues congenita tardiva.

In molti di questi casi l'esame clinico e il criterio *ab adjuvantibus* indica e conferma la diagnosi.

DORIA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Le ricerche elettrochimiche sul cancro.

N. Waterman (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1923, n. 24) ha usato l'elettrochimica a scopo di ricerche teoriche e pratiche sul cancro. Il metodo consiste nel far passare una corrente di determinata frequenza a traverso sezioni di tessuti tenuti imbevuti con differenti liquidi per mezzo di carta da filtro senza ceneri. Con il ponte di Wheatstone, viene misurata la resistenza e, per mezzo di un variometro, la polarizzazione del preparato.

Si ottiene così una costante data dal rapporto $\frac{\text{Polarizzazione}}{\text{Resistenza}}$ che si può esprimere più brevemente: P/R. Con i tessuti normali tenuti immersi nel liquido di Ringer, tale rapporto ha il valore di 0,0157; invece con i tessuti cancerigni, nelle stesse condizioni, si ottengono valori assai più bassi talora di 1/4: 1/3 del normale.

Tale rapporto può variare in circostanze determinate. Così, se si sostituisce la soluzione di Ringer con una soluzione isotonica di cloruro di calcio, il rapporto rimane sensibilmente uguale per i tessuti normali, mentre invece per i tumori si ha un notevole aumento, tale che possono talvolta raggiungersi i valori dei tessuti normali. Analoghi risultati si ottengono con il jone Mg; il comportamento è poi reversibile, in quanto che, sostituendo nuovamente il Ca od il Mg con Potassio o con Sodio, si ottengono nuovamente i primi valori.

Questi risultati sono costanti, poichè l'A. ha ottenuto 36 volte su 38 carcinomi l'abbassamento del rapporto a 0,003-0,009 ed effetto positivo del Calcio. I tumori benigni mostrano in generale un piccolo abbassamento del rapporto, per cui essi si collocano fra i tessuti normali ed i cancerosi.

L'abbassamento del rapporto è minore con i cancri cutanei e delle mucose, per i quali la diagnosi viene fatta in stadî più precoci che per i cancri interni. Tale fatto potrebbe spiegarsi con la presenza nei primi di parti ipertrofiche, le quali non contengono alcun fattore che modifichi il detto rapporto. Sembra però che l'abbassamento di questo dipenda non tanto dalla costituzione istologica, quanto dalla differenziazione biologica. Di fatto le metastasi nelle ghiandole linfatiche, anche se non molto avanzata e con gran parte di tessuto risparmiata, reagiscono abbassando fortemente il rapporto.

Le ricerche teoretiche sulla essenza della reazione elettrochimica si dicono che questo fattore è molto sensibile all'influenza, oltre che dei cationi, anche dei preparati organici che hanno le proprietà dell'attività capillare della forte adsorbibilità, della solubilità in grassi, ossia di quelle sostanze che appartengono al gruppo che viene indicato col nome di narcotici. È assai probabile che in queste ricerche abbiano una parte importante le sostanze non miscibili con l'acqua, sicchè, per una più intima comprensione dei differenti risultati, si possa invocare la teoria dell'equilibrio lipocitario.

In relazione con tale teoria, l'A. ha fatto anche la ricerca del coefficiente P/R nei diversi organi normali, in cui ha trovato costantemente 0,015, meno che nel fegato e nei reni che danno valori più alti. Un'eccezione fa solo il pancreas che dimostra un comportamento analogo ai tumori. L'A. fa quindi un parallelo fra pancreas e tumori, traendone occasione per alsune considerazioni sulla patologia del diabete.

La possibilità di applicare questi dati alla pratica per quanto riguarda la diagnosi dipende sopratutto dal trovare un elettrode adatto. Può anche darsi che la conoscenza della teoria dell'equilibrio lipocitario contribuisca in avvenire al progresso della terapia.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sull'operazione di cataratta. — All'abb. numero 11216:

L'operazione di cataratta in due tempi — cioè *prima la iridectomia* e dopo la *estrazione della lente* (alla distanza almeno di 30 giorni) — è indicata nei seguenti casi:

1) quando la pupilla coi midriatici non si dilata al maximun;

2) nei diabetici, albuminurici, arteriosclerotici nei quali è facile la *emorragia* la quale disturberebbe se la operazione si eseguisse in un tempo solo;

3) è indicata anche nei casi di forte miopia e quando esiste poca camera anteriore; in questo caso facendo la operazione in un tempo è facile che il coltellino, dopo la puntura e controapertura della cornea e quindi tura e controapertura della cornea e quindi

Prof. PUCCIONI.

Concorso per tenente medico. — Al dott. V. C. da L.:

1) Anche quest'anno sarà indetto un concorso per la nomina a tenente medico in s. a. p.

2) Gli aspiranti non devono avere superato l'età di 31 anni, alla data del 31 dicembre p. v.

Cas.

All'abbonato 4252 (1) da S.:

Per il siero antivelenoso Calmette, si rivolga ad un buon Istituto produttore di sieri in Italia, ed in caso negativo all'Istituto Pasteur di Parigi o di Tunisi.

fil.

VARIA

Rapido declino della sifilide in Francia.

Il dott. P. Salmon, dell'Istituto Pasteur di Parigi, ha pubblicato nella *Revue d'Hygiène* un articolo intitolato «Scomparsa della sifilide». Il termine «scomparsa» va inteso nel senso di un decremento rapidissimo nella frequenza e nella virulenza della malattia.

Il Salmon adduce una copiosa documentazione. A titolo di esempio, a Lione il dott. Lacassagne, incaricato della sorveglianza sulle donne pubbliche, afferma che non ha più occasione di vedere ulcere dure. Secondo il dott. Carles il numero delle donne sifilizzate è diminuito di due terzi a Lione dal 1911 al 1921. Avendo bisogno di isolare degli stipiti freschi di spirochete per ricerche di laboratorio, il dott. Salmon non trovò all'ospedale Midi-Cochin (destinato a sifilitici e venerei) che un solo paziente con lesioni aperte, durante un'intera mattinata, mentre prima della guerra a ogni ora di consultazione ve n'erano da 5 a 8. Il dottor Guénot, assistente allo stesso ospedale, gli assicurò che a volte nel corso di un'intera settimana egli non vede che un solo paziente con lue recentemente acquisita. Differenze del genere si notano nei dispensarî cittadini.

Questo fortissimo decremento della malattia in tutta la Francia si deve alle cure sempre più efficaci, a base di mercurio, di arsenobenzoli e di bismuto; alla diffusione di norme profilattiche (uso di pomata mercuriale, di lavaggi, esami medici prematrimoniali); alle diagnosi sempre più accurate, tempestive e numerose (processi serologici, paraboloide, ecc.). Probabilmente vi contribuisce anche la riduzione della prostituzione, inerente al rilassamento dei costumi il che la rende meno necessaria.

Conseguenza inattesa: alcuni gabinetti per la specialità si devono chiudere.

Fatti analoghi si riscontrano in altri paesi civili.

Si prevede prossimo il giorno in cui la malattia sarà completamente scomparsa dai paesi civili!

(Dagli *Annali d'Igiene*, apr. 1924).

Regolamentazione della malarizzazione terapeutica in Danimarca.

L'Ufficio Danese della Sanità ha diramato alle autorità sanitarie e ai medici della Danimarca una circolare in data 20 dicembre 1923, che disciplina la malarizzazione terapeutica, onde impedire che si formino focolai di malaria.

La circolare stabilisce quanto appresso.

Le inoculazioni di malaria possono eseguirsi solo in ospedali appositamente autorizzati; l'Ufficio della sanità tuttavia può concedere anche autorizzazioni *extra*. Non appena si è dichiarato un caso di malaria terapeutica, il paziente deve essere isolato in camere «a prova di zanzare», preferibilmente nei piani superiori. Il paziente non deve uscire nelle ore in cui maggiori sono le probabilità di punture da parte delle zanzare. Non dev'essere dimesso se non dopo un trattamento chininico sistematico ed esami del sangue negativi ripetuti due volte la settimana per tre settimane. Ogni paziente malarizzato verrà notificato all'ufficiale sanitario del posto, in conformità alla legislazione sulle malattie contagiose. All'atto della dimissione, egli verrà denunziato all'ufficiale sanitario della località ove si reca.

(Dagli *Annali d'Igiene*, apr. 1924).

Decremento di medici in Inghilterra.

In seguito alla campagna impegnata dalla classe medica inglese contro la pletora professionale, si è prodotto un notevole decremento nel numero dei giovani immatricolatisi nelle scuole di medicina: furono 545 appena in tutta l'Inghilterra nel 1923, mentre dal 1910 in poi non erano stati mai meno di 1500, raggiungendo un massimo di 3500 circa nel 1919; a questo incremento avevano molto contribuito le assicurazioni sociali, che, per quanto criticabili e criticate, avevano fatto certo accrescere grandemente la remunerazione dei medici esercenti tra le classi povere. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, 12 apr. 1924).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

XLIII. — Nomina dell'ufficiale sanitario.

Il provvedimento definitivo in materia di nomina o di conferma dell'ufficiale sanitario è *quello del Prefetto*. Ove questo decreto non sia stato formalmente impugnato e neppure depositato, ma sia impugnato il parere del Consiglio Provinciale Sanitario, il ricorso è inammissibile.

Queste regole ovvie sono state dichiarate dalla IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 25 aprile 1924, n. 200. Le segnaliamo non per accennare alla risoluzione di una questione discutibile — non essendo possibile che sorga un dubbio — ma per evitare eventuali errori pratici. Nel caso della nomina dell'ufficiale sanitario, come del resto in ogni altro caso, il provvedimento lesivo dell'interesse, contro il quale per ciò si può ricorrere, è quello dell'autorità deliberante, cioè dell'organo che ha l'attribuzione di provvedere, e non il parere che altri organi devono esprimere prima che l'atto definitivo sia emanato.

Anche se il parere del Consiglio provinciale di Sanità o di altro organo sia contrario alla domanda e, in genere, all'interesse della parte, non è il parere ma è l'atto definitivo conforme al parere che concreta la manifestazione della volontà dell'organo deliberante.

XLIV. — Provvedimenti confermativi.

Per costante giurisprudenza, gli atti confermativi di un provvedimento non impugnato in termine, non possono valere a riaprire il termine stabilito dalla legge per l'esperimento dei ricorsi contenziosi.

Nessun obbligo può riconoscersi, in genere, nell'Amministrazione di riprendere in esame una domanda già respinta nelle forme legali; il riesame costituisce soltanto una facoltà discrezionale dell'Amministrazione, la quale può valersene se e quando creda.

Questa regola non è ormai controversa; la IV Sezione l'ha confermata con decisione 25 aprile 1924, n. 209. Ma è necessario tenerla presente perchè non è infrequente il caso di istanze o ricorsi alla stessa autorità deliberante per la illusione o la speranza che il provvedimento sia modificato. Se le circostanze autorizzano a sperare, può essere utile che un tentativo sia fatto verso la stessa autorità; ma in nessun caso — quando, si intende, l'interessato voglia agire — si deve lasciar decorrere il termine per il ricorso all'autorità competente in sede gerarchica o giurisdizionale: decorso il termine dalla data della comunicazione del primo provvedimento, non si potrebbe poi ricorrere contro l'atto confermativo emanato dalla stessa autorità.

È da avvertire, inoltre, che agli effetti della decorrenza del termine, costituisce un equipollente della notificazione la conoscenza del provvedimento dimostrata con ricorso o reclamo ad un'autorità amministrativa. (In tal senso, *Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione* 28 *marzo* 1924, n. 128).

XLV. — Ricorso nel caso di revoca di un incarico.

Qualora si impugni un decreto prefettizio che abbia revocato l'incarico di ufficiale sanitario di un Comune ed abbia conferito ad altri l'incarico stesso, non basta che il ricorso alla IV Sezione sia stato notificato al Prefetto ed al Comune, ma occorre pure a pena di nullità che copia del ricorso sia notificata al nuovo incaricato delle funzioni di ufficiale sanitario. (*Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione* 28 *marzo* 1924, *n.* 129).

XLVI. — Limiti di età nei concorsi a primario di ospedale.

La disposizione dell'art. 21 del regolamento sanitario 19 luglio 1906, n. 466, la quale vieta di stabilire limiti di età per coloro che abbiano prestato o prestino servizio in condotta, non è applicazione di un principio generale ad un caso concreto, cioè ai concorsi per le condotte medico-chirurgiche; ma è disposizione del tutto singolare, non applicabile quindi per analogia a casi diversi dai concorsi per condotte mediche. Per tale norma, infatti, si restringe la libertà delle amministrazioni comunali di determinare, salve si intende le prescrizioni di ordine pubblico, i requisiti ai quali devono corrispondere i propri dipendenti.

Da queste premesse deriva la conseguenza che è efficace la clausola del bando di un concorso a primario di ospedale, circa il limite di età, anche in confronto dei sanitari che prestano servizio presso un altro ospedale dello stesso Comune.

(*Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione* 25 *aprile* 1924, *n.* 190).

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Un appello ai medici italiani per la lotta antitubercolare.

È nota l'ostilità di molti Comuni italiani contro i Sanatori; si vorrebbero sopprimere quelli già esistenti, impedendo che ne sorgano altri e questo in conseguenza della profonda ignoranza in argomento non solo delle popolazioni, ma altresì delle amministrazioni cittadine e delle autorità. Tutte queste persone ignorano completamente la funzione e l'utilità del sanatorio e di istituti consimili e non conoscono viceversa il grave pericolo che si annida nel tubercoloso lasciato a sè stesso, che infetta alberghi, case private e luoghi pubblici proprio di quelle località da cui si vorrebbero bandire i Sanitorî. Contro questo falso orientamento della pubblica opinone, il prof. Eduardo Maragliano protesta giustamente dalle colonne della *Riforma medica*, mandando un vibrato appello ai medici italiani e mettendo in rilievo che con tale atteggiamento, mentre si pretende di difendere la salute degli abitanti di quelle località, invece la si compromette di più, poichè esse rimangono prive di un mezzo di difesa rappresentato da quegli istituti o sanatorî. Accade poi che, con l'intenzione di difendere gli interessi materiali di quelle popolazioni, in realtà si peggiorino, poichè, se si tratta di una stazione climatica, i tubercolosi vi saranno sempre e ben più pericolosi, perchè senza il correttivo che viene da tali istituti. Nè d'altra parte si può pensare seriamente ad escludere tutti i tubercolosi; la caccia al tubercoloso, oltre che impossibile ed antipatica, è altresì assurda e ridicola.

La diffusione della malattia si favorisce anzi osteggiando le case di cura le quali, come ha ormai dimostrato l'esperienza, costituiscono un mezzo correttivo di grande importanza per limitare la diffusione.

Il prof. Maragliano, quindi rivolge ai medici italiani l'invito perchè, ciascuno nell'ambito della propria azione, elevi la voce contro un indirizzo pernicioso per la lotta contro la tubercolosi, condannato dalla scienza e dall'esperienza che ha inoltre in sè qualche cosa di incivile e di medioevale. Ed all'invito, ciascuno che abbia scienza e coscienza di medico, deve sinceramente plaudire. *fil.*

Il diritto al risarcimento degli infortuni del lavoro nei rapporti internazionali.

Come è risultato dalle discussioni della recente Conferenza Internazionale dell'Emigrazione e dell'Immigrazione, il diritto degli operai a risarcimento degli infortuni del lavoro è ormai riconosciuto e disciplinato da leggi presso quasi tutte le Nazioni civili: ma sussistono notevoli differenze fra i vari provvedimenti legislativi, sia relativamente alla categoria di industrie alle quali si riferiscono, sia nel comprendere o nell'escludere fra gli infortuni del lavoro le malattie professionali, sia nelle proporzioni stabilite fra indennità e misura di salario.

Sanzionato il diritto a risarcimento degli infortuni sul lavoro non può non riconoscersi la necessità che il diritto dell'operaio sia uguale dovunque, senza distinzione di nazionalità, e nel fascicolo di giugno della «Rassegna della Previdenza Sociale», Rivista mensile edita dalla Cassa Nazionale Infortuni, è illustrata una iniziativa dell'Ufficio Internazionale del Lavoro che prepara elementi di discussione sulla proposta di una *Convenzione Internazionale sul risarcimento degli Infortuni sul lavoro* posta all'Ordine del giorno della Conferenza Internazionale del Lavoro che sarà tenuta nel prossimo anno.

Nell'accennato fascicolo della «Rasegna» sono contenuti altri pregevoli studi ed articoli ed un ricco notiziario.

Secondo Convegno Nazionale dei medici infortunisti e degli studiosi di assicurazioni sociali.

Venezia, 2-4 giugno.

A Venezia nei giorni 2-3-4 giugno ebbe luogo questo Convegno. Numerosi furono i medici intervenuti da ogni parte d'Italia, fra cui si notavano i professori Biondi, Burci, Carrara, Pisenti, Leoncini, Tovo, Romanese, Baldi, Ciampolini, Prosperi, Delitala, Cevidalli, D'Alessandria, Serra, Pissarello, Vaccari, Peri, Sorge, Marangoni, Panzacchi, Zevi, Domenichini, Mori, Diez, Fossataro, Galbo, ecc.; i dottori Cioffi, Gabrielli, Pisa, Marsella, Vigliani, Bellucci, De Gregorio, Albanese, Vassena, Mari, Pitigliano, Oriani, Manzini, Ciaccio, Della Cella, Bressani, Vidal, Donati, Marotta, Parisi, Giannini, Antuzzi, Biggini, ecc. ecc. Presenziavano pure numerosi rappresentanti di Istituti assicuratori, di Patronati di operai infortunati, di organizzazioni sindacali, ecc.

Il Convegno fu aperto dal prof. Tovo presidente del Comitato con parole di saluto e di ringraziamento agli intervenuti, e con l'illustrazione di quanto ha fatto ed intende fare la Federazione dei Medici infortunisti per lo studio dei problemi riferentisi all'elaborazione ed applicazione delle Leggi di assicurazioni sociali, e specialmente della Legge sugli infortuni. All'oratore, che fu applaudito, successe il prof. Pisenti che tenne una smagliante orazione commemorativa del compianto prof. Boni, coronata alla fine da lunghi applausi del commosso uditorio.

Ebbero inizio in seguito le sedute del Convegno a cui presenziarono sempre numerosi congressisti dando luogo a nutrite e spesso vivaci discussioni. Le sedute furono presiedute dai proff. Carrara, Burci, Tovo e dall'onorevole Jemelli.

Nella prima di esse il prof. Tovo svolse la sua relazione sul 1° tema riguardante la «Valutazione delle concause e dei concorsi di invalidità in infortunistica». La relazione, ampia, diede luogo ad una discussione che si prolungò per un'intera seduta e che concluse con l'approvazione dell'ordine del giorno in appresso riportato.

Nelle altre sedute vi furono le circostanziate relazioni dei proff. Delitala e Prosperi sulle «Indicazioni e risultati delle cure di restaurazione funzionale», sulle quali si accese pure una viva discussione.

Al Convegno furono poi tenute comunicazioni dei proff. Serra, Diez, Ciampolini, Albanese, Manzini, ecc., riguardanti argomenti in connessioni coi due temi principali.

Gli ordini del giorno votati dal Convegno furono i seguenti:

I. — Il Congresso, sentita ed approvata la relazione Tovo e la successiva discussione sulla questione delle «concause di lesioni e dei concorsi di invalidità», esprime il voto che la legge attuale sia interpretata ed eventualmente chiarita legislativamente nel senso di consentire una valuzione delle concause e dei concorsi nella liquidazione dell'invalidità resultante da infortuni.

II. — Il Congresso, udite le relazioni Delitala e Prosperi sulle indicazioni e i resultati delle cure di restaurazione funzionale, riconosce che mediante il perfezionamento delle cure specializzate degli infortunati si può raggiungere il massimo di restaurazione funzionale; che a tale scopo si deve tendere con tutte le forze, nella coscienza di compiere migliore opera di giustizia verso l'infortunato e di tutela del patrimonio nazionale che mediante il riconoscimento del danno in natura;

Che perciò è necessario dare incremento alla formazione di buoni medici infortunisti coll'istituzione di corsi speciali di insegnamento universitario, di diplomi di specialista infortunista, di istituti e di reparti ospedalieri di cura speciale per gli infortunati. È necessario altresì studiare e migliorare le diverse iniziative dei datori di lavoro, istituti, assicuratori, patronati ed enti privati allo scopo di ottenere la massima efficienza nell'assistenza dell'infortunato.

III. — Il Congresso, considerata la necessità di armonizzare per i numerosi invalidi di guerra, colpiti da infortunio, la legge di infortunii sul lavoro con quella delle pensioni militari, specie per quanto riguarda l'aggravamento, fa voti che, analogamente a ciò che si vede fatto in altri paesi, siano emanate norme legislative al riguardo.

Cronaca del movimento professionale.

I minimi di stipendio pei medici condotti.

Nella prefettura di Reggio Calabria, con la presidenza del vice prefetto, si è radunata la commissione di cui demmo già notizia, per proporre alla G. P. A. i minimi di stipendio pei sanitari della provincia.

A far parte di questa commissione il prefetto invitò, in rappresentanza dei comuni, il R. commissario di Reggio, il marchese Pellicano, sindaco di Gioiosa e il comm. Zampogna, sindaco di Scido; in rappresentanza della classe sanitaria il medico provinciale, il veterinario provinciale, il comm. Scordo, il prof. Stile, il dott. Luigi Armocida e il dott. Francesco Genova.

L'Ordine dei medici designò come suo rappresentante l'on. prof. dott. Tiberio Evoli, il quale propose la ripartizione dei comuni della provincia in tre categorie, assegnando alla prima categoria i piccoli comuni di alta montagna, con residenza assai disagiata, senza vie di comunicazione, con malaria intensa e con scarse fonti di reddito professionale; alla seconda ed alla terza categoria furono assegnati i comuni di residenza meno disagiata e con maggior reddito.

La commissione fu unanime nell'accettare le sue proposte in ordine agli stipendi ed indennità nella misura seguente: medici condotti dei comuni di prima categoria, lire 8000; della seconda categoria, lire 6000; della terza, lire 5000; lire 10 per ogni famiglia compresa nell'elenco dei poveri oltre un minimo stabilito; pei medici anziani computo dei quadrienni già maturati; indennità di cavalcatura e di qualsiasi costoso mezzo di trasporto, lire 2500; pei medici condotti consorziati fu proposto un maggiore assegno di lire 1000.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione; vedi fasc.* 25).

	Lire
Prof. Burci Enrico, Firenze	50
Dott. Berti Giuseppe, id.	5
Dott. Crescenzi Giulio, id.	5
Dott. Comolli Antonio, id.	5
Dott. Simonetti Mario, id.	5
Dott. Serra Giovanni, id.	5
Dott. Bartoli Ottorino, id.	5
Dott. Campatelli, id.	5
Prof. Torrini, id.	5
Dott. Sardone Antonio, id.	5
Prof. Panà Michelangelo, id.	5
Dott. Agnoloni Silvio, id.	5
Dott. Betti Ugo-Arturo, id.	20
Dott. Planner Pietro, Lucca	15
Dott. Dallapè Augusto, Radda in Chinti	50
Dott. Luciani Luciano, Staggia Senese	25
Dott. Romiti Giuseppe Pio, Ponte Buggian.	10
Prof. Sorbi Giuseppe, Lucca	25
Prof. Tusini Giuseppe, Genova	50
Prof. Olivio Innocente, id.	500
Dott. Vercesi Carlo, id.	200
Dott. Maragliano Dario, id.	50
Dott. Cecchi Ricciardo, id.	100
Dott. Vichi Carlo, id.	20
Dott. Galleani Rodolfo, id.	20
Dott. Matucci Giov. Gualberto, id.	20
Dott. Lasagni Romolo, Reggio Emilia	50
Dott. Costa Fausto, Firenze	15
Dott. Buonomini Guido, Casalguidi	10
Prof. Norsa Giuseppe, Firenze	10
Cap. M. Bassi Ugo, Genova	10
Dott. Sguanci Alfredo, Montelupo Fiorentino	90
Dott. Gardini Olderico, Firenze	20
Dott. Tiscornio Eugenio, Prà	100
Dott. Tiscornio Giovanni, id.	10
Dott. Fatichi Giuseppe, Firenze	10
Dott. Salmon Alberto, id.	15
Dott. Bruschi Francesco, id.	30
Dott. Gualtieri Domenico, id.	15
Prof. Biancheri Teofilo, Voltri	10
Dott. Gaito Francesco, Impruneta	50
Dott. Zappettini Angelo, Vetto	15
Dott. Novelli Pietro, Montelupo Fiorentino	25
	100

(*Continua*).

CONCORSI.

Posti vacanti.

Camino di Codroipo (*Udine*). — A tutto il 15 luglio; L. 7500 e tre quinq. dec. Indenn. cavallo (obbligatorio) L. 3000. Indennità temporanea caroforaggio e caro-viveri di legge. L. 500 uff. san. Civile abitazione verso annuo fitto di L. 500. Tassa di ammissione L. 50,15.

Castelnuovo Val di Cecina (*Pisa*). — Per Montecastelli (ab. 823 con 10 fam. ritenute povere). L. 8000 e aumenti di 1/10 ogni quadriennio. Cav. L. 2000. Per gli abbienti tariffa approvata dal Consiglio Prov. San Vaglia di L. 50,15 al Tesoriere comunale. Scad. 10 lug.

Domaso (*Como*). — A tutto 15 lug. Ab. 2800. L. 6000 per 500 pov., L. 500 dopo un biennio, quinquenni, L. 1500 cav. senza obbligo mezzi trasp., L. 500 uff. san.

Gradara (*Pesaro-Urbino*). — L. 7000 e 5 quadrienni dec., L. 3000 cav., L. 165 c.-v., L. 300 uff. san. Tassa conc. L. 50. Scad. 3 lug.

Orvinio (*Roma*). — L. 6000 e 4 quinquenni; 1 c.-v.; L. 300 uff. san.; L. 300 arm. farm.; L. 500 carcere mandam. Scad. 20 lug.

Polizzi Generosa (*Palermo*). — L. 5000 fino a 500 pov., addizion. L. 3 fino a 1000, L. 5 oltre; 5 quinq. Scad. 12 lug.

Porto San Giorgio (*Ascoli Piceno*). — Proroga al 15 luglio. Si avverte che la diffida è stata revocata.

Premosello (*Novara*). — L. 8000 fino a 174 pov. (10 % della popolaz.), addiz. L. 5. Alloggio gratuito. Per uff. san. L. 500. Non è indicata la scad.

Venezia. *Comune*. — A tutto 15 luglio: *a*) medico igienista per il servizio di vigilanza sull'igiene del suolo e dell'abitato; *b*) medico scolastico; *c*) due medici batteriologi aggiunti al Laboratorio micrografico; *d*) un chimico aggiunto al Laobratorio chimico. Titoli ed esami. Ai posti *a*) e *b*) L. 14.000; ai posti *c*) e *d*) L. 12.500; quattro quinquenni decimo e due c.-v. fino al massimo di L. 36.401. Docum. alla Cancelleria della Segreteria comunale. Età lim. 40. Divieto dell'eserc. privato. Biennio di prova. Laurea da 4 anni per i posti *a*) e *b*); da due per i posti *c*) e *d*). Chiedere annunzio.

Venezia. *Ospedale Civile*. — Direttore dell'Istituto anatomo-patologico. Biennio di prova. Età lim. 45; ufficio fino a 65 anni. L. 20,000. Documenti al Protocollo non oltre le ore 17 del 10 lug. Serv. entro un mese. Chiedere annunzio. Vaglia postale di L. 50 intestato al tesoriere.

Volterra. *Congregaz. di Carità*. — Medico assistente per le Colonie Agricole del Manicomio di S. Girolamo. Scad. 30 g. dal 5 giu. Vedi fasc. 25.

Nell'Ospedale Civile di Venezia sono disponibili alcuni posti di medico praticante con eventuale assegno di L. 300 mensili ove ricevano qualche incarico. Scrivere o inviare domanda alla Direzione Sanitaria.

Diffide.

Nuova diffida: Nusco (Avellino).

Concorsi a premio.

Bologna. *R. Accademia delle Scienze*. — Fondazione S. Pozzi. Vedi fasc. 7. Scad. 31 dic. 1924.

Bologna. *Istituto Ortopedico Rizzoli*. — Premio Umberto I. Vedi fasc. 11. Scad. 31 dicembre 1924.

Roma. *Reale Accademia dei Lincei*. — Due premi offerti dall'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale; vedi fasc. 24. Scad. 30 settembre 1926.

Roma. — *Ministero della Guerra*. — Premio Riberi. Vedi fasc. 8. Scad. 31 dic. 1924.

Roma. *Società Italiana di Medicina Interna*. — Due premi ditta Hoffmann-La Roche. Vedi fasc. 15. Scad. ore 16 del 31 dic. 1924 e del 31 dic. 1925.

Roma. *R. Università*. — Due premi di fondazione Girolami. Scad. 31 dic. 1924.

Torino. *R. Accad. di Medicina*. — Premio Riberi. Vedi fasc. 33 del 1923. Scad. 31 dic. 1927.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Schittenhelm di Kiel è stato chiamato a succedere ad una delle più spiccate personalità della medicina contemporanea, il prof. Strümpell, nella cattedra di medicina interna dell'Università di Lipsia.

Il prof. O. Burnke è stato chiamato a succedere al venerando prof. E. Kraepelin nella cattedra di psichiatria dell'Università di Monaco.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Solenne celebrazione del 1° Centenario della Società Medica Chirurgica di Bologna.

(*23-25 maggio 1924*).

La Società Medica Chirurgica di Bologna ha celebrato nei giorni indicati il primo centenario dalla sua fondazione. I primi due giorni sono stati dedicati a sedute scientifiche pubbliche, il terzo alla solenne cerimonia commemorativa.

Le comunicazioni scientifiche hanno formato, si può dire, due giornate di un Congresso di medicina clinica e sperimentale, per la varietà e il numero degli argomenti trattati. Daremo nei fascicoli prossimi un sunto delle medesime.

Nella prima giornata, si svolsero 12 interessanti comunicazioni; nella seconda altre 18.

Aveva aperto la prima adunanza il presidente prof. Dagnini, con un breve discorso d'occasione, nel quale diede lettura di una nobilissima lettera di Augusto Murri, che la ristrettezza dello spazio ci vieta di riprodurre. Lo stesso prof. Dagnini, prendendo motivo dalla notizia apparsa sui giornali riguardante l'ultima lezione di un altro grande Maestro, Pietro Albertoni, presente nell'assemblea, ne rammentò tutta la somma di alte benemerenze scientifiche e civili, provocando nuovi e ripetuti applausi. Rispose l'illustre fisiologo con felice ed arguta parola, e quindi passò a svolgere l'argomento fissato, *il centenario fisio-patologico del fegato:* titolo quanto mai suggestivo, la cui trattazione fu pari all'altezza del Maestro.

L'ultima adunanza fu chiusa con un breve felice discorso del prof. Boschi, primario degli Ospedali, in cui rivolse un memore e devoto saluto alla memoria dei Soci fondatori, a quelli caduti nella grande guerra, i cui nomi sono incisi nella Sala delle Assemblee a perenne ricordo del loro eroico sacrificio. E volle elogiare la Presidenza per la organizzazione perfetta delle due adunanze, che assunsero il valore di un Congresso scientifico.

Nella mattinata seguente, domenica 25, si è svolta la cerimonia commemorativa nell'Aula Magna dell'antico Archiginnasio, alla presenza di S. E. il Ministro Oviglio, di tutte le Autorità Civili e Militari, di numerosi rappresentanti di Accademie, nazionali ed estere.

Il giovane e benemerito segretario della Società e del Comitato esecutivo, prof. Giovanni Cavina, comprimario chirurgo degli Ospedali, legge le adesioni numerosissime pervenute da Società ed Accademie scientifiche, nazionali ed estere, da autorità e da soci corrispondenti. Quindi il Presidente della Società pronuncia un elevato discorso, al quale seguono quelli del Sindaco della città ingegnere Puppini, del Presidente dell'Ordine dei medici prof. Lanzerini, dei Rappresentanti venuti dal di fuori, fra i quali il prof. Sabbatani da Padova, presidente di quella Società, che offre una ricca pergamena.

Di poi il venerando ed illustre prof. Domenico Majocchi legge il discorso ufficiale commemorativo, che qui pure è impossibile riassumere. Diremo tuttavia che dopo avere accennato alle prime origini della Società che risalgono all'inizio del secolo scorso, tratta della ricostituzione legale della Società avvenuta nel 1823 per opera dell'Orioli e del Tommasini, indugiandosi su questi due eminenti rappresentanti della nuova dottrina medica italiana, di cui dimostra lo spirito animatore e il grande valore ai fini del Risorgimento nazionale. Illustra poi le molteplici benemerenze del sodalizio nei vari campi: scientifico, umanitario e sociale. Dimostra come l'opera della Società siasi efficacemente esplicata con la pubblicazione di un ingente numero di opere pregevolissime, con l'istituzione di un gabinetto privato di lettura, di un museo anatomico e di un gran numero di sagaci e provvide istituzioni igieniche quali la vaccinazione jenneriana, ospizi marini, case di ricovero per pazzi, consultazioni mediche gratuite, ecc.

Accenna pure alla creazione dell'Istituto di Mutuo Soccorso per medici e chirurghi tuttora in fiorente attività, e riferisce l'importante contributo scientifico apportato dalla Società nel suo primo secolo di vita nei vari campi dello scibile medico e chirurgico. E nel campo della medicina sociale accenna ai lavori importanti del socio Luigi Carlo Farini, divenuto poi il dittatore dell'Emilia. E di qui passa ad illustrare come la Società, sotto la veste puramente scientifica, si prefisse fino dall'inizio un nobile e sublime fine politico, la realizzazione dell'Unità italiana; e come al raggiungimento di questo fine desse il tributo delle proprie forze intellettuali e spirituali e, quando occorse, anche materiali: onde noie infinite e gravi, processi e incarceramenti. A questi fu sottoposto anche il venerando Giacomo Tommasini, il clinico sommo, una delle personalità dominanti della Società nel suo primo periodo, e una delle belle figure del Risorgimento nostro. E ritornando al socio Luigi Carlo Farini, che fu dei più attivi e studiosi, ricorda la data dell'11 dicembre 1859, perchè segna l'apoteosi della Società: *il dittatore dell'Emilia* entrava allora nella a lui ben nota sede della Società, per rendere pubblico omaggio alle alte benemerenze morali e scientifiche del Sodalizio, all'opera sociale e politica, che tanto lungamente aveva prodigato nell'interesse della Patria.

Finito il discorso, il ministro Oviglio, le autorità e il pubblico accedono ad un ricco *buffet* offerto dal Presidente e dal vice-Presidente. Quindi ai soci è distribuito un grosso ed elegantissimo *volume commemorativo,* che raccoglie numerose memorie di particolare interesse, ed una medaglia di fine fattura.

Dott. CARLO BORELLI.

NOTIZIE DIVERSE.

Le onoranze al sen. Grassi.

Imponenti sono state le onoranze tributate il 15 corr. al sen. prof. Battista Grassi, l'illustre scienziato che onora l'Ateneo Romano e l'Italia, in occasione del suo 70° compleanno che coincide col suo 41° anno d'insegnamento.

Nell'aula magna dell'Università di Roma convennero i ministri Gentile e Corbino, i senatori Scialoia, Marchiafava, Golgi, Sanarelli, Fano, il direttore generale della sanità dott. Lutrario, il rettore magnifico prof. Severi, i rappresentanti di molte Università italiane, una commissione argentina composta di 10 medici e ingegneri e del ministro prof. Perez, una folla di notabilità, professori, medici, studenti, signore, ammiratori del grande biologo, studenti. Aderirono S. M. il Re con un affettuoso telegramma e numerosi corpi scientifici e personalità spiccate dell'Italia e dell'Estero.

Il prof. Grassi al suo ingresso nell'aula gremita fu accolto da vibranti entusiastici applausi.

Parlarono il rettore per l'Università, il sen. Fano per la Facoltà di scienze, il dott. Lutrario per la Sanità, il ministro Gentile per il Governo, il prof. Casagrandi dell'Università di Padova e il prof. Silvestri, direttore della Scuola Agraria di Portici, per gli antichi allievi, ed uno studente; gli oratori lumeggiarono le fondamentali e numerose scoperte compiute dal Grassi nel campo della biologia, le applicazioni di esse alla medicina e all'agricoltura, le benemerenze da lui acquistate di fronte alla scienza, all'insegnamento e all'umanità. Il prof. Casagrandi ebbe a rilevare che, quando fu assegnato il premio Nöbel al dott. Ross, non venne fatto neppure il nome del Grassi, di cui oggi tutti riconoscono l'originalità della scoperta sulla trasmissione della malaria: in seguito però l'Inghilterra ha ufficialmente sanzionato i meriti del geniale biologo. Il prof. Luigioni, in nome del Comitato promotore delle onoranze, annunziò che coi contributi raccolti si è costituita la *Fondazione Grassi per gli studi zoologici delle malattie*

zooparassitarie, sotto l'alto patronato di S. M. il Re, devoluta all'Accademia dei Lincei. I contributi raccolti raggiungono la somma di 115,000 lire.

Il sen. Grassi — il quale era molto riluttante a partecipare a questa manifestazione organizzata dai suoi allievi — volle dichiarare di averla accettata solo come tributo reso a tutti i professori universitari del Regno d'Italia, che in mezzo a gravissime difficoltà hanno tanto contribuito alla scienza. Egli volle smentire che le scienze positive abbiano contribuito ad abbassare il valore degli ideali. Ricordò i suoi discorsi per l'inaugurazione dell'anno scolastico 1897-98 e alla seduta Reale dei Lincei nel 1906, in cui, oltre alle forze naturali, ammetteva un mondo ideale. Espresse l'augurio che la Fondazione a lui intitolata possa essere una minima scintilla destinata a dare maggior impulso alle scienze e che il ritempramento degli animi si consegua ai lumi della scienza.

L'illustre festeggiato fu ancora acclamatissimo.

Le onoranze furono manifestazione affettuosa di stima e venerazione per il prof. Grassi, al quale anche il «Policlinico» invia, in nome dei medici italiani, un cordiale augurio.

Il 18° Congresso francese di medicina interna.

avrà luogo nel 1925 a Nancy. Temi all'ordine del giorno saranno: per la patologia generale «L'acidosi», relatori Labbé di Parigi, Petren di Lund (Svezia), Dantrebande di Bruxelles; per la patologia interna «Le angine di petto», relatori Gallevardin di Lione e Nichon di Nancy; per la terapia «Forme cliniche e trattamento delle gangrene polmonari», relatori Bezançon di Parigi, J. Parisot e L. Caussade di Nancy.

Il 33° Congresso francese di chirurgia.

L'Associazione francese di chirurgia indice il suo 33° Congresso a Parigi dal 6 all'11 ottobre, sotto la presidenza del prof. Tuffier. Temi di discussione: «Trattamento delle fratture chiuse dell'estremità superiore del femore e loro risultati remoti», relatori Duarier di Parigi e Imbert di Marsiglia; «Indicazioni del trattamento chirurgico dei fibromi uterini», relatori Labey di Parigi e Tixier di Lione; «Cure pre- e post-operatorie e scelta dell'anestesia in chirurgia gastro-intestinale», relatori Lambert di Lilla e G. Lardennois di Parigi.

I chirurgi che volessero far parte dell'Associazione devono inoltrarne domanda al segretario generale, corredata delle firme di due soci «padrini», i quali abitino nella stessa città o nella stessa regione o siano stati suoi capi di servizio.

I soci sono pregati d'inviare il titolo e le conclusioni delle loro comunicazioni al segretario generale, 12, rue de la Seine, Paris (VIe).

Congresso dei pediatri di lingua francese.

L'Associazione francese di pediatria organizza un Congresso dal 29 settembre al 1° ottobre, in Parigi, sotto la presidenza del prof. Marfan, nell'anfiteatro della Clinica infantile presso l'Hôpital des Enfants-Malades». Relazioni: Leoné, «Etiologia e patogenesi del rachitismo»; T. Tixier, «Profilassi e trattamento della sifilide infantile»; Ribadeau-Dumas e Rocher, «Trattamento delle pleuriti purulente all'infanzia».

Possono aderire al Congresso, quali partecipanti, anche i medici francesi o stranieri che non facciano parte dell'Associazione e, a loro richiesta, le persone della loro famiglia, corrispondendo una quota di franchi 60 e di franchi 30 rispettivamente e inoltrandone domanda, prima del 10 settembre, al segretario generale, H. Barbier, 5, rue de Monceau, Paris.

Congresso francese di stomatologia.

Si terrà presso la Facoltà medica di Parigi dal 20 al 25 ottobre. Saranno presentate due relazioni: Fargin-Fayolle, «La carie: i problemi, i fatti, le ipotesi»; Irard, «Espansione dei mascellari in ortodontia»; inoltre saranno messi in discussione due temi: «Terapia delle piorree», «Terapia delle infezioni locali». I lavori del Congresso saranno integrati da presentazioni di malati negli Ospedali, da dimostrazioni e presentazioni di tecniche e apparecchi nella «École française de Stomatologie» e da una seduta sindacale al «Syndacat des Médecins stomatologistes».

Potranno partecipare al Congresso tutti i medici francesi o stranieri che s'interessino alla stomatologia e, a titolo individuale, personalità non mediche, le quali in ragione dei lavori o dei titoli, siano ammesse dal Comitato organizzatore. I congressisti devono corrispondere una quota di franchi 30, da indirizzare al tesoriere, sig. Lacronique, 17, rue de Pétrograd, Paris (VIIIe). Le adesioni vanno dirette al segretario generale, dott. L'Hirondel, 57, rue de Rome, Paris (VIIIe), accompagnate da un biglietto da visita che rechi nome, prenome, titoli, qualità e indirizzo scritto molto leggibilmente. Il testo delle relazioni e il titolo delle comunicazioni devono rimettersi al segretario generale non oltre il 1° settembre.

La "Société de Neurologie„ di Parigi.

Questa Società, fondata nel 1900 dai principali neurologi francesi, quasi tutti allievi di Charcot, ha deciso di celebrare con solennità nel prossimo anno il centenario della nascita del sommo Maestro e, al tempo stesso, le proprie nozze d'argento, convocando un Congresso neurologico internazionale, che coinciderà col Congresso degli alienisti e neurologi di lingua francese.

Dei 13 membri fondatori ne sopravvivono attualmente 4: Babinski, Pierre Marie, Meige e Souques; gli altri furono: Gilles de la Tourette, Raynaud, Brissaud, Dejérine, Ballet, Dupré, Parinaud, Joffroy, Gombault. Attualmente annovera 63 soci titolari, 10 onorari, 58 corrispondenti nazionali, 126 associati stranieri; questi ultimi appartengono a 23 nazioni.

Per il 1924 la Società ha eletto presidente il dott. Crouzon; ha affidato a Babinski la presidenza della Commissione che preparerà la commemorazione di Charcot.

La Società Svizzera di psichiatria

si è adunata a Lugano il 14 e 15 giugno per discutere il tema: «L'eredità in psichiatria», relatori il prof. Ruedin di Monaco e il dott. Boven di Losanna.

Corso di perfezionamento a Berck.

La Facoltà Medica dell'Università di Parigi ha autorizzato un corso complementare libero sul trattamento delle tubercolosi osteo-articolari e ganglionari, con nozioni di ortopedia pratica, dal 15 al 30 luglio, nell'Ospedale marittimo di Berck, sotto la direzione del dott. E. Sorel, col concorso dei dottori Andrien, Bonquier, Delahaye, Mozer, Parin, Lange e Ducroquel. Tassa d'iscrizione: fr. 150. Per informazioni rivolgersi al dott. Parin, Hôpital Maritime, Berck-Plage, Pas-de-Calais (Francia).

Una Colonia elioterapica della Croce Rossa Italiana.

Ha avuto luogo in Roma l'inaugurazione della Colonia elioterapica per bambini del popolo gracili e predisposti, che la Croce Rossa Italiana ha allestito in via Galvani al Testaccio in uno dei padiglioni già *Infantiae Salus*. I mezzi per creare questa bellissima opera di difesa dell'infanzia derelitta furono ottenuti mediante una fiera di beneficenza che la principessa di S. Faustino organizzò con grande successo a Palazzo Barberini nello scorso inverno.

È una vera istituzione modello, dalla saletta di medicazione alle docce, alla cucina, al giardino; essa accoglie 70 bambini dai 4 ai 12 anni che già visibilmente risentono i benefici effetti della vita sana e igienica.

Tenne un discorso inaugurale il sen. Ciraolo; rispose brevi e commosse parole la principessa di San Faustino.

Pro puericoltura.

Nella sede dell'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale il prof. Emilio Alfieri ha tenuto tre interessanti conferenze sulle «Provvidenze private e pubbliche per la puericoltura prenatale». Vi ha assistito uno scelto e denso uditorio.

Per una levatrice.

Nella R. Scuola Ostetrica di Milano è stato festeggiato il 25° anno d'insegnamento della levatrice-maestra Caterina Barbieri. Giunsero molte adesioni, tra cui quella cordialissima del sen. Mangiagalli, costretto a rimanere assente dalla cerimonia, e quella del card. Gasparro. Parlarono il prof. S. Patellani e la signora C. Rossi, rilevando i meriti insigni della festeggiata, che si è rivelata un'educatrice modello.

Un medico prefetto.

È il dott. A. Guerresi, nominato prefetto di Cosenza.

L'Ordine della provincia ha voluto tributargli un omaggio.

Una Facoltà medica siberiana.

Nell'Università di Omsk è stato istituito l'insegnamento della medicina. Oltre alle cattedre ufficiali delle nostre Facoltà mediche, esso comprende, quali materie obbligatorie, la batteriologia, la semiotica e la chimica dei colloidi, e quali materie facoltative il latino, la matematica e l'economia sociale.

Il 14 c. m. spegnevasi in Roma l'insigne oculista prof. NEUSCHULER Gr. Uff. ALFONSO. Ne sente con strazio la mancanza la sua famiglia, per la quale egli profuse tutta l'intensità e la delicatezza dell'amore. La sente con dolore profondo lo stuolo innumere degli amici, dei beneficati, degli estimatori della sua dirittura e del suo valore scientifico e professionale. Tutti ricordano la sua verace colleganza, la sua bontà così nel soccorso come nella lotta. Poichè in ogni campo della multiforme sua attività egli fu un lottatore, forte non per passioni, ma per alte idealità, che, fino alla morte ed oltre, lo fecero sereno e giusto. Nelle amarezze venutegli dall'esercizio delle varie cariche pubbliche, mai fu scossa la sua fiducia e la sua fede, nè mai gli avversarii poterono colpirlo. Solo dopo la sua morte qualcuno ha ingenuamente tentato di sminuirne la grande figura morale, ma tale bassezza non tocca l'amico perduto, o lo ingrandisce.

Alla famiglia desolata la parola di conforto del Corpo medico, al figliuolo Ignazio, già bene avviato negli studi in cui rifulse la genialità del Padre, l'augurio di continuarne la gloria.

A. P.

Registriamo con rammarico la perdita del celebre filantropo americano JOHN D. ROCKEFELLER, che ha consacrato una parte della sua colossale fortuna alla medicina ed all'igiene.

La sua sostanza aveva per base l'estrazione del petrolio e, in minori proporzioni, l'estrazione del carbone e del ferro e le ferrovie; era valutata in 800 milioni di dollari, ossia in circa 20 miliardi di lire italiane (vi corrisponde, al 5 per cento, un reddito di 3 milioni al giorno).

Il Rockefeller fondò un numero stragrande di biblioteche popolari negli Stati Uniti; convintosi delle benemerenze che spettano alle discipline sanitarie, ne favorì lo studio scientifico e le applicazioni pratiche, con l'Istituto Rockefeller e con la Fondazione Rockefeller.

Il primo ha chiamato studiosi da tutte le parti del mondo: in esso si sono affermati Loeb, tedesco, Carrel, francese, Noguchi, giapponese, Flexner, nord-americano. La seconda ha promosso una serie di campagne contro la malaria, l'anchilostomiasi, la febbre gialla, la tubercolosi, in moltissimi paesi del mondo; ha organizzato insegnamenti dell'igiene e della medicina, ecc., ecc.; ultimamente ha provveduto agli scambi di personale sanitario, ecc. L'Associazione Medica Americana — che pubblica molti ottimi periodici, tra cui il celebre «Journal», che vanta una tiratura di 86,000 copie — deve molta parte della sua prosperità al Rockefeller.

Attualmente un rappresentante della Fondazione Rockefeller, il dott. Hackett, si trova in Italia per studiarvi il problema della lotta contro la malaria.

Malgrado i *trusts*, di cui egli fu un campione, Rockefeller dev'essere considerato come uno dei maggiori benefattori dell'umanità e, pertanto, mandiamo un commosso saluto alla sua memoria.

R. M. B.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Zbl. inn. Med., 3 mag. — K. HAJEK. Disturbi nervosi consecutivi a vaccinaz. antirabica.
Riv. Ospedal., 15 mar. — G. MOREALI e G. MARGRETH. Reazione di Sgambati.
Boston Med. a. Surg. Journ., 17 apr. — B. TENNEY. Ostruzione intestinale intermittente.
Journ. de Méd. de Zyon, 5 mag. — A. DUMAS. Le sindromi vascolari della febbre tifoide.
Lancet, 3 mag. — C. EIJKMAN. Influenza del clima tropicale sull'uomo.
Journ. Amer. Med. Assoc., 19 apr. — T. BELFIELD. Alcuni fattori di ringiovanimento. — G. F. DICK e G. H. DICK. Antitossina della scarlattina. — A. A. WEECH. Profilassi della varicella con siero di convalescenti. — D. RIESMAN. Problemi diagnostici nella polmon. — B. M. PHELPS e C. H. HU. Avvelenam. da tetra-cloruro di C.
Deut.Mediz. Woch., 2 mag. — R. DYROFF. Pneumo-peritoneo ginecologico. — F. CAPPELLER. — F. LEHMANN. Clinica dei paratifi. — B. W. JEHN. Colica mucosa. — C. GAMBETTA. Virulenza degli streptococchi.
Journ. Nerv. a. Ment. Dis., mag. — I. BIRNE. Dissociazione sensoriale nelle lesioni del midollo spinale. — E. D. FRIEDMAN. Idrocefalo cron. da ostruz. dell'acqued. di Silvio.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1924 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.